

ATAS DO I SEMINÁRIO VULNERABILIDADES SOCIAIS E SAÚDE

**“POBREZA, EXCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE: UMA VISÃO
INTERDISCIPLINAR”**

Campus do IPS, Setúbal

1 e 2 de fevereiro de 2019

<http://www.seminariopess.ips.pt>



Atas do 1º Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde -

“Pobreza, Exclusão Social e Saúde: uma visão interdisciplinar”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Instituto Politécnico de Setúbal

Apoio financeiro do CIDEHUS (UID/HIS/00057/2019)

Este volume contém artigos submetidos pelos autores de algumas das comunicações apresentadas no I Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, com o tema “Pobreza, Exclusão Social e Saúde: uma visão interdisciplinar” realizado no Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal, a 1 e 2 de fevereiro 2019.

Título: ATAS DO 1º SEMINÁRIO SOBRE VULNERABILIDADES SOCIAIS E SAÚDE -
“Pobreza, Exclusão Social e Saúde: uma visão interdisciplinar”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Primeira edição, em formato eletrónico, outubro 2019

ISBN: 978-989-54631-0-7

Comissão Científica

Ana Paula Gato (ESS/IPS e CIDEHUS)
António Marques (ESS/IPS)
Boguslaw Sardinha (ESCE/IPS e CICE)
Edgar Canais (ESS/IPS e NURSE'IN)
Felismina Mendes (UÉvora)
Fernanda Olival (UÉvora e CIDEHUS)
Filomena Barros (UÉvora e CIDEHUS)
José Pereirinha (ISEG e CSG)
José Rebelo dos Santos (ESCE/IPS, CICE e CIDEHUS)
Laurinda Abreu (UÉvora e CIDEHUS)
Lucília Nunes (ESS/IPS e NURSE'IN)
Manuel Lopes (UÉvora)
Maria Filomena Mendes (UÉvora e CIDEHUS)
Maria da Graça Magalhães (INE e CIDEHUS)
Maria João G. Moreira (ESE/IPC e Age.Comm)
Nuno Crespo (ISCTE-IUL e BRU-IUL)
Rita Espanha (ISCTE-IUL e CIES-IUL)
Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS, CICE e BRU-IUL)

Comissão de Honra

Presidente do IPS - Pedro Dominginhos
Presidente do CIDEHUS - Fernanda Olival
Presidente da Cáritas Portuguesa - Eugénio Fonseca
Coordenadora da NURSE'IN - Lucília Nunes
Sub-diretora EAPN-Setúbal - Ana Bordeira Ferreira

Comissão Organizadora

Ana Paula Gato (ESS/IPS)
Edgar Canais (ESS/IPS)
José Rebelo (ESCE/IPS)
Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)
Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Índice

Editorial	1
Pobreza Abordagem do Ponto de Vista das Políticas	2
Saúde, Pobreza e Populações Vulneráveis - a ação da Médicos do Mundo	17
Saúde no Bairro: Dar Voz e Respostas	27
O Papel da Enfermagem na Vulnerabilidade e Dignidade da Pessoa Idosa na RNCCI – Uma análise Reflexiva	32
A Tradição Nefasta que Corta as Meninas: Mutilação Genital Feminina/Corte	39
Debatendo as Políticas e Intervenções para os Grupos mais Desfavorecidos	47
Sobre a Medição Desagregada e Compósita do Desenvolvimento – Uma Aplicação a Portugal	54
Voluntariado Sénior e a sua Influência na Qualidade de Vida Percebida	69
Políticas Sociais de Desenvolvimento Humano na Saúde ou de Igualdade na Pobreza em Portugal	85
A Saúde (não) tem Preço: Perceções dos Cidadãos mais Vulneráveis no Acesso à Saúde	97
Pobreza e Desenvolvimento Humano – Portugal e o Mundo	106
Saúde a Girar: Resposta de Saúde a Pessoas em Situação de Sem Abrigo	114
Ensino Superior mais Equitativo e Inclusivo: o papel das políticas de Ação Social	128
Literacia em Saúde - Capacitar para uma Adequada Procura de Cuidados de Saúde – O Projeto Newsletter “Zoom Saúde”	143
Índice de Autores	149

Editorial

No âmbito do 1º Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, subordinado à temática “*Pobreza, Exclusão Social e Saúde: uma visão interdisciplinar*”, que teve lugar no Campus do Instituto Politécnico de Setúbal, nos dias 1 e 2 de fevereiro de 2019, apresentam-se neste Livro de Atas, em edição eletrónica, os artigos completos que nos foram enviados pelos comunicantes e que foram sujeitos a um processo de avaliação pelos pares.

A temática em análise permitiu-nos ter comunicações de várias áreas disciplinares, conforme era nosso objetivo. Essa realidade proporcionou um debate aprofundado com a participação de um número substancial de técnicos e voluntários de instituições sociais e de saúde, de organizações não governamentais e de académicos.

A participação e o interesse suscitado pelo nosso primeiro seminário, leva-nos a pensar dar continuidade a este projeto com a realização de novas edições que se constituam como ponto de encontro e debate entre os vários protagonistas do trabalho e da investigação em torno da saúde e das vulnerabilidades sociais.

Um agradecimento especial à Escola Superior de Saúde e à Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal assim como ao Centro Interdisciplinar de História, Cultura e Sociedades (CIDEHUS) da Universidade de Évora, pelo apoio e disponibilidade.

Agradecemos também aos membros das Comissões Organizadora e Científica, assim como aos membros da Comissão de Honra. O nosso muito obrigado a todos os participantes e felicitações aos autores dos artigos aqui publicados pela qualidade produzida.

Ana Paula Gato

Edgar Canais

José Rebelo dos Santos

Sandrina B. Moreira

Vítor Barbosa

Pobreza | Abordagem do Ponto de Vista das Políticas

*Rute Guerra, Gabinete de Estratégia e Planeamento (MTSSS),
rute.guerra@gep.mtsss.pt*

Resumo

O presente texto serviu de suporte à intervenção realizada no passado dia 1 de fevereiro no seminário promovido pelo Instituto Politécnico de Setúbal e subordinado ao tema *Vulnerabilidades Sociais e Saúde: Pobreza, exclusão social e saúde: uma visão interdisciplinar*. O documento que em seguida se apresenta inicia com um breve enquadramento histórico relativo à abordagem do ponto de vista das políticas em matéria de pobreza e exclusão social, passando a um diagnóstico em torno dos principais indicadores relativos à pobreza e desigualdade, para seguidamente identificar algumas das medidas de política de combate à pobreza, e concluir pela necessidade da avaliação e monitorização das políticas públicas.

Palavras chave: Pobreza, Desigualdades, Indicadores, Vulnerabilidades, Políticas, Proteção Social, Multidimensionalidade, Avaliação.

Introdução

Os objetivos de redução da pobreza e das desigualdades sociais, bem como o combate à pobreza e exclusão social têm assumido um papel central na definição das políticas de proteção social e inclusão social dos últimos anos. É hoje assumido pelos demais atores, entre decisores políticos, académicos, sociedade civil, parceiros sociais, entre outros, que a pobreza, mais do que algo que conduz à violação dos direitos humanos, é ela própria uma manifesta violação desses mesmos direitos.

Enquadramento histórico

De acordo com Bruto da Costa¹ desde cedo existem sinais na sociedade portuguesa relativamente à preocupação pelo ‘pobre’. Não obstante vários outros relatos, a primeira lei conhecida nesta área, com o objetivo de combater a errância e a mendicância por pessoas aptas para o trabalho é a Lei das Sesmarias, de 1375, de D. Fernando, *‘A lei combatia a errância e a ociosidade injustificadas, ao mesmo tempo que obrigava os proprietários de terras incultas a facultar trabalho aos errantes e desocupados.’* Bruto da Costa chama a atenção para uma questão interessante nesta lei relacionado com o facto de indicar já um limiar ou linha de

¹ Bruto da Costa, A.(coord), Baptista, I., Perista, P., Carrilho, P. ‘Um olhar sobre a Pobreza’ Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo, Gradiva, 2018.

pobreza, como designamos atualmente (naquele caso 500 libras anuais de rendimento), abaixo do qual poderia considerar-se a pessoa como pobre.

Como relata o autor, o Estado e o poder local estavam empenhados no combate ou na prevenção da pobreza, embora as atividades de natureza assistencialista fossem essencialmente particulares. De resto, foram várias as formas institucionais de assistência, entre as quais as confrarias e associações voluntárias de cidadãos cristãos. Já nos finais do século XV, tiveram lugar mudanças no sentido de promover o papel do Estado, surgindo assim ‘grandes instituições assistenciais, nas quais o papel do Estado tendia a substituir ou controlar o da iniciativa particular. Curiosamente as ‘Constituições de 1822 e de 1911 adotaram, em relação à pobreza, a atitude básica de pôr a ênfase na não-intervenção do Estado, embora os governos liberais (1834), tivessem considerado a assistência como uma das funções da administração do Estado’ (Bruto da Costa, 2008).

Já no início do século XIX começam a emergir as associações de socorros mútuos e nos finais deste mesmo século, princípios do século XX surgiram formas mais efetivas de proteção social, com um esquema de seguro social obrigatório.

De facto, vem de longe a preocupação com a pobreza, não obstante, permanece esta como um fenómeno estrutural na sociedade portuguesa. O papel do Estado ganha relevo no período imediato à Revolução de 1974, embora com a necessidade de fazer face à crise económica dos anos de 1970 e à crise do designado Welfare State, se tenham criado condições, segundo Bruto da Costa, para o progressivo ressurgimento do liberalismo económico e filosóficos.

Os primeiros Programas de Luta contra a Pobreza, surgem na sequência da entrada de Portugal na União Europeia (1986). As estratégias definidas nesta área surgem principalmente contextualizados nos programas europeus, que procuram enquadrar os então designados Planos Nacionais de Ação Para a Inclusão e as Estratégias de Proteção e Inclusão Social dentro de um racional técnico-científico com impacto na forma de se atuar nesta matéria, na medida em que impunham:

- i) Uma visão multidimensional e multidisciplinar da pobreza e da privação;
- ii) A necessidade de parcerias consistentes entre os atores públicos e destes com os privados;
- iii) A participação de todos os interessados, designadamente dos principais beneficiários destes programas;

iv) Colocavam ênfase no mainstreaming das políticas e das ações de forma a que a luta contra a pobreza não ficasse reduzida a um programa periférico e marginal, e, pelo contrário, fosse uma preocupação de cada uma das políticas sectoriais.

Ainda neste contexto, a Cimeira de Lisboa constitui um marco decisivo na forma de abordagem da Pobreza, quando em Março de 2000 Portugal e os restantes Estados Membros da União Europeia (UE) assumem o compromisso de produzir um impacto decisivo na erradicação da pobreza, renovado posteriormente com a ‘Estratégia Europa 2020’ através da meta da pobreza, acordada no Conselho EPSCO de 7 Junho de 2010. A Comissão Europeia e os Estados Membros assumiram o compromisso de tomar como meta o objetivo de ‘promover a inclusão social, em particular através da redução da pobreza’, comprometendo-se “retirar pelo menos 20 milhões de pessoas de situações de pobreza e exclusão social até 2020”. Esta meta seria baseada numa combinação de três indicadores: número de pessoas em risco de pobreza monetária relativa, número de pessoas em privação material severa e indivíduos a viverem em agregados com muito baixa intensidade de trabalho².

O período que medeia os finais dos anos 90 do século passado e a primeira década deste século, ficou marcado pelo período que acolheu uma nova geração de políticas sociais, com impactos na diminuição dos níveis de pobreza e de privação material, nem sempre de fácil mensuração.

Com a crise económica e financeira que atingiu Portugal no final da primeira década deste século e consequentemente com o Plano de Assistência Económica e Financeira, assinado em 2011 com o Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, as exigências na intervenção da sociedade portuguesa colocavam-se a dois níveis: i) combater os

² Risco de Pobreza ou Exclusão Social: este indicador integrado resulta da combinação de três indicadores de referência e sumariza o nº de indivíduos em risco de pobreza e/ou em privação material severa e/ou a viver em agregados com muito baixa intensidade de trabalho. Risco de pobreza: indivíduos que vivem com menos de 60% da mediana do rendimento nacional por adulto equivalente, após transferências sociais. Privação material severa: indivíduos que acumulam pelo menos 4 das 9 situações de privação definidas. Pessoas a viver em agregados com muito baixa intensidade de trabalho: indivíduos entre 0-59 anos que vivem em agregados onde os adultos trabalham menos de 20% do seu potencial total de trabalho no ano anterior.

Os 9 itens de privação são: a) Sem capacidade para assegurar o pagamento imediato de uma despesa inesperada próxima do valor mensal da linha de pobreza (sem recorrer a empréstimo); b) sem capacidade para pagar uma semana de férias, por ano, fora de casa, suportando a despesa de alojamento e viagem para todos os membros do agregado; c) Atraso, motivado por dificuldades económicas, em algum dos pagamentos regulares relativos a rendas, prestações de crédito ou despesas correntes da residência principal, ou outras despesas não relacionadas com a residência principal; d) Sem capacidade financeira para ter uma refeição de carne ou de peixe (ou equivalente vegetariano), pelo menos de 2 em 2 dias; e) Sem capacidade financeira para manter a casa adequadamente aquecida; f) Sem disponibilidade de máquina de lavar roupa por dificuldades económicas; g) Sem disponibilidade de televisão a cores por dificuldades económicas; h) Sem disponibilidade de telefone fixo ou telemóvel, por dificuldades económicas; i) Sem disponibilidade de automóvel (ligeiro de passageiros ou misto) por dificuldades económicas.

impactos sociais da crise e nesse sentido reparar a agudização das vulnerabilidades sociais que começavam a surgir; ii) empreender reformas estruturais por forma a consolidar contas públicas e reanimar a economia. Esta última vertente, traduzida no conhecido programa de austeridade ‘obriga’ a um aumento de impostos e redução de prestações sociais conduzindo inevitavelmente à contração dos rendimentos das famílias, entretanto já agravada pelos elevados níveis de desemprego que surgem concomitantemente. O desafio colocado ao Estado Português, reside assim, em por um lado assegurar níveis adequados de proteção social, em particular às franjas socialmente mais vulneráveis, cumprir os compromissos internacionais como a meta da pobreza e a meta do emprego, ao mesmo tempo em que procurava assegurar que a despesa em proteção e inclusão social e em medidas de apoio ao emprego estivesse alinhada com o exigente processo de consolidação fiscal.

É nesta fase que muitos³ consideraram existir um claro recuo das políticas sociais, em particular as destinadas ao combate às situações de pobreza e de maior precariedade social, considerando que aquele ia para além do esforço de contenção orçamental que o país, então, atravessava.

Embora se tenham abandonado os Planos e Programas mais abrangentes e ‘formalizados’ em matéria de Combate à Pobreza e Exclusão social, as políticas prosseguidas mantêm o enquadramento europeu e internacional, conferido em particular pelo *Pilar dos Direitos Sociais* e pela *Agenda 2030*, esta última da responsabilidade das Nações Unidas. Portugal prossegue esforços no sentido de cumprir as metas, já referidas acima, assumidas a nível europeu, mobilizando um conjunto de medidas diversificadas, mas complementares, inscritas, em particular no Programa Nacional de Reformas.

Não obstante os instrumentos e as estratégias mobilizadas para o combate à pobreza, esta persiste como um dos desafios mais sérios da sociedade portuguesa, assumindo formas complexas e multidimensionais, associadas aos rendimentos, acesso a equipamentos e serviços sociais, e de saúde, educação, habitação, segurança social e emprego.

Para análise do fenómeno da Pobreza, apesar da importância de que todas estas dimensões revestem, recorre-se, sobretudo aos recursos monetários para a sua medição. A compreensão dos níveis da pobreza monetária dos indivíduos permite-nos uma primeira leitura sobre a vulnerabilidade económica da população.

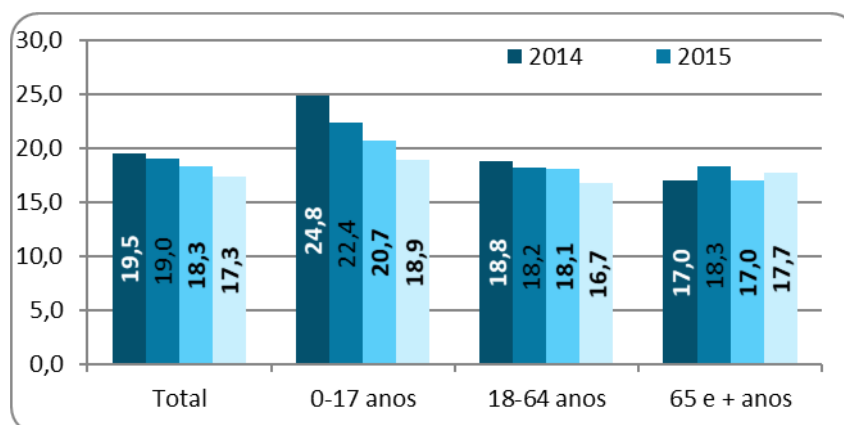
³ Carlos Farinha Rodrigues ‘O Reflexo das Políticas Sociais em Portugal: O exemplo do RSI’, ISEG, 18, dezembro 2012.

Diagnóstico

De acordo com os mais recentes dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, através do Inquérito aos Rendimentos e Condições de Vida, realizado em 2018, 17,3% da população portuguesa estava em risco de pobreza (menos 1 p.p. que em 2016 e menos 2,2 p.p. que em 2014). As mulheres continuam a ser mais atingidas pela pobreza (17,9%) que os homens (16,6%), não obstante, a redução dos níveis de pobreza que aconteceram para os dois sexos, ainda que de forma mais expressiva no caso dos homens.

Apesar do indicador geral revelar uma evolução positiva de redução, da leitura do gráfico abaixo (Fig. 1) constatamos que a situação dos idosos piorou face ao ano anterior enquanto que a das crianças e adultos em idade ativa melhorou. Na realidade, a evolução positiva do mercado de trabalho (diminuição dos níveis de desemprego) contribuiu para o aumento do rendimento dos agregados com adultos em idade ativa e dependentes. No entanto, chama-se a atenção que numa análise comparativa dos diferentes agregados familiares, as famílias com crianças a cargo permanecem como um dos grupos mais vulneráveis ao risco de pobreza.

Figura 1. Taxa de Pobreza por Grupo Etário

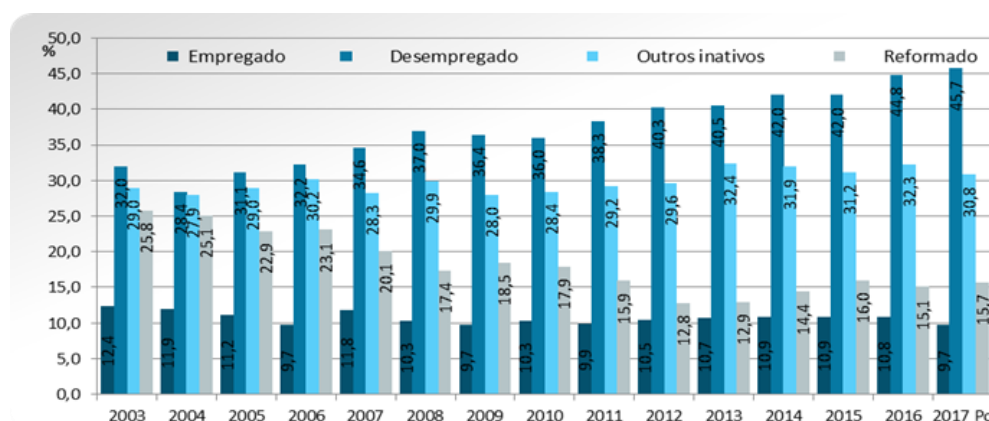


Fonte: INE, ICOR, 2018

A melhoria dos níveis de pobreza, resulta em parte do papel desempenhado pelo sistema de proteção social. De facto, o contributo das transferências sociais para a redução do risco de pobreza foi de 5,4 p.p. em 2017. Recorde-se, que o risco de pobreza antes de qualquer transferência social, era em 2017 de 43,7%, reduzindo-se para os 22,7% quando temos em conta os rendimentos provenientes das pensões de reforma e de sobrevivência (contributo de 21 p.p.) na redução da pobreza. Já as transferências relacionadas com a doença e incapacidade, família, desemprego e inclusão social, contribuíram para a redução da pobreza em cerca de 5,4 p.p.

Ter um trabalho continua a ser um fator fundamental para combater a exclusão social e evitar situações de pobreza, contudo não significa que o indivíduo deixe de ser pobre. Em 2017 o risco de pobreza diminuiu para a população empregada e aumentou para a população desempregada e inativa. De acordo com os dados mais recentes do INE verificou-se uma diminuição do risco de pobreza dos trabalhadores de 10,8% em 2016 para 9,7% em 2017 (Fig. 2).

Figura 2. Taxa de Pobreza segundo a Condição Perante o Trabalho



Fonte: INE, ICOR, 2018

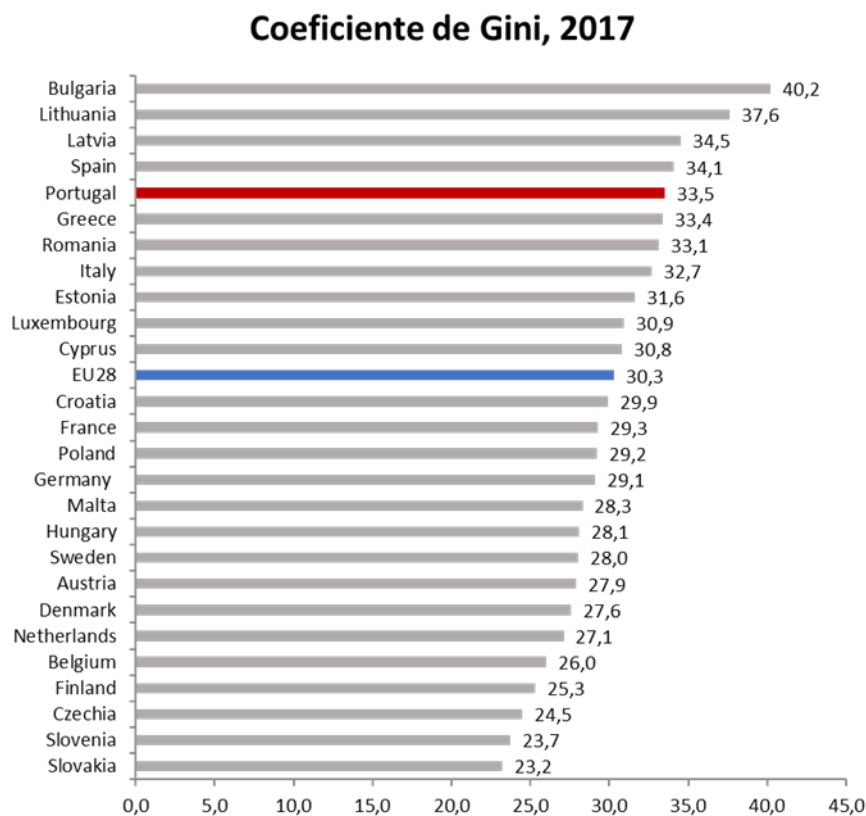
Já os reformados viram o seu risco de pobreza aumentar ligeiramente em 2017/16 (mais 0,6 p.p.), de 15,1% para 15,7% nesse período, conforme se pode observar no gráfico acima (Fig. 2), assim como os desempregados, cuja taxa passou de 44,8% para 45,7%, não obstante a diminuição do desemprego a que se tem assistido nos últimos anos.

Na leitura dos indicadores de pobreza existe uma outra dimensão crucial, os níveis de educação dos indivíduos. Na verdade, a taxa de risco de pobreza dos trabalhadores com baixos níveis de escolaridade é quase o dobro da taxa de risco de pobreza dos trabalhadores com níveis médios de educação.

Os níveis de rendimento dos trabalhadores tem sido uma das áreas em maior discussão e Portugal surge, ainda, como um dos países da União Europeia com a taxa de risco de pobreza dos trabalhadores mais elevada. Esta questão ganha especiais contornos quando no nosso país a pobreza surge associada a um elevado nível de desigualdade nos rendimentos. A figura 3 ilustra a desigualdade de rendimentos, sendo que em Portugal esta é relativamente elevada em comparação com os padrões europeus. Embora nos últimos anos Portugal tenha feito

progressos nesta matéria, é reconhecido por inúmeros autores⁴ que este processo foi interrompido pela mais recente crise económica.

Figura 3. Desigualdade de rendimentos na União Europeia



Fonte: EU-SILC, Eurostat

Apesar do esforço redistributivo da proteção social, as desigualdades, a pobreza e a exclusão social permanecem como um dos grandes desafios a que os governos deverão fazer face. Neste contexto, ganha relevância o esforço concertado dos diferentes Estados, em particular no contexto da União Europeia, ou seja, a assunção de objetivos e compromissos comuns para combater o fenómeno da pobreza e desigualdades a par da promoção dos direitos sociais dos indivíduos. O Pilar dos Direitos Sociais e a Agenda 2030 (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) são exemplos dos compromissos assumidos nos últimos anos.

A meta assumida pela Comissão Europeia e os Estados Membros com o objetivo de ‘promover a inclusão social, em particular através da redução da pobreza’ comprometendo-se “retirar pelo

⁴ Rodrigues, Carlos F., Figueiras, R. e Junqueira, V. (orgs) (2016). *Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal: as consequências sociais do programa de ajustamento*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

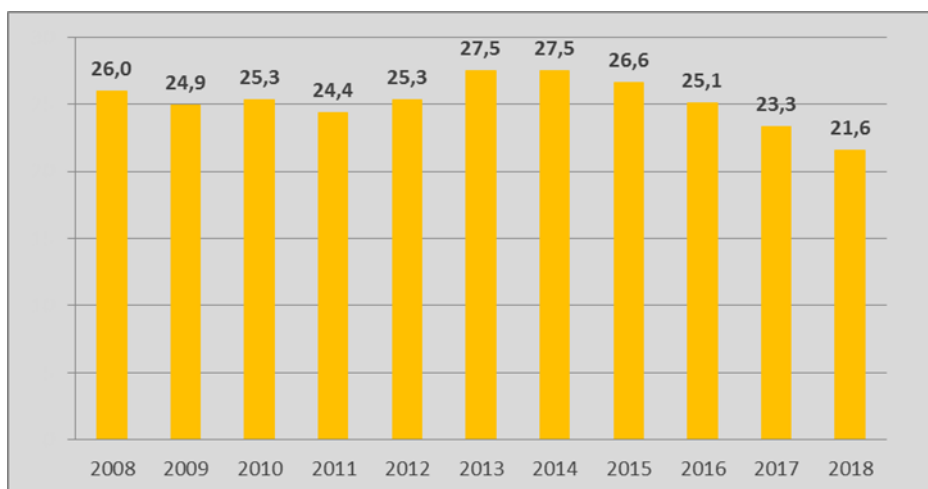
menos 20 milhões de pessoas de situações de pobreza e exclusão social até 2020” permanece como um desafio e será objeto de avaliação algures em 2020 e 2021.

Para monitorização daquela meta foi aprovado um indicador integrado que tem como objetivo compaginar a dimensão da pobreza monetária com outras dimensões da exclusão social, nomeadamente a exclusão do mercado de trabalho e o acesso aos padrões de vida vigentes, resultando daqui o indicador *População em risco de pobreza ou exclusão social*. Este indicador compósito agrega três indicadores de referência: (1) número de pessoas em risco de pobreza monetária relativa e/ou (2) número de pessoas em privação material severa e/ou (3) indivíduos a viverem em agregados com muito baixa intensidade de trabalho.

De acordo com o mais recente *Joint Employment Report* (Comissão Europeia), a situação social na UE parece estar a melhorar, ainda que a um ritmo relativamente lento, registando-se um decréscimo da população em risco de pobreza e exclusão social pelo quinto ano consecutivo. Também, se se olhar para a meta assumida a nível da UE, nota-se uma descida no número de pessoas face a 2008, ano base para a monitorização da mesma.

A população em risco de pobreza ou exclusão social em Portugal decresceu de 26,0%, em 2008, para 21,6% em 2018. Face aos dados de 2017 este indicador apresentou um decréscimo de 1.7 p.p., atingindo o valor mais baixo desde 2008.

Figura 4. Taxa de Risco de Pobreza e Exclusão, em %



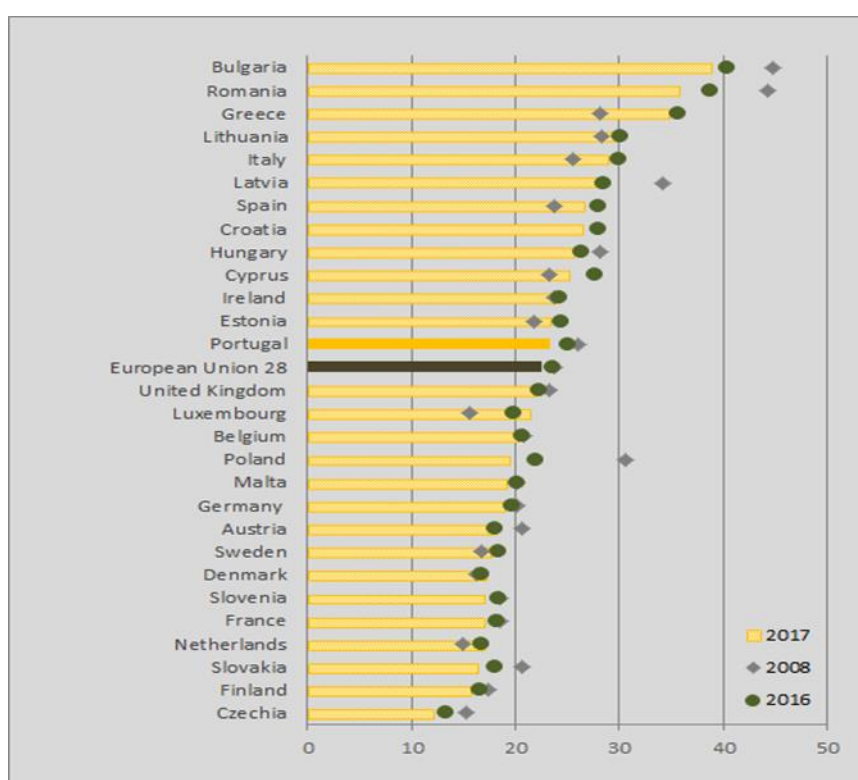
Fonte: EU-SILC, Eurostat/INE

Nota: Ano de inquérito.

Apesar da diminuição do número de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social, em Portugal, a taxa continua acima da média da União Europeia, embora se tenha vindo a aproximar dos valores registados para a média dos Estados Membros.

Bulgária (38,9%), Roménia (35,7%) e Grécia (34,8%) são os países mais afetados, com mais de um terço da sua população em risco de pobreza e exclusão. As taxas mais baixas registaram-se na República Checa, onde apenas 12,2% da população estava em risco de pobreza e exclusão em 2018, na Finlândia atingiu os 15,7% e na Eslováquia registou 16,3%. A taxa de risco de pobreza e exclusão aumentou em 11 Estados-membros, entre 2008 e 2016 (ou desde 2010 no caso do Chipre), observando-se as maiores subidas na Grécia (+6,7 p.p.), no Luxemburgo (+6,0 p.p.) e na Itália (+3,4 p.p.). Já as maiores descidas foram alcançadas na Polónia (-11 p.p.), na Roménia (-8,5 p.p.) e na Letónia (-6,0 p.p.).

Figura 5 - Taxa de Risco de Pobreza e Exclusão na União Europeia, em %



Fonte: EU-SILC, Eurostat/INE

Nota: Ano de inquérito

As Políticas

A crise económica e financeira que atravessou a Europa teve consequências sociais profundas que vão do desemprego dos jovens e de longa duração ao risco de pobreza. Permanecem, pois, os desafios sociais e em matéria de emprego a enfrentar pela Europa. Conscientes de que para ultrapassar os desafios relacionados com a pobreza e prosseguir com as metas aprovadas em 2008, haverá que persistir numa estratégia de intervenção multidimensional, a União Europeia avançou com criação de um Pilar Europeu dos Direitos Sociais, assinado conjuntamente pelo

Parlamento Europeu, o Conselho e a Comissão, em 17 de novembro de 2017, na Cimeira Social para o Emprego Justo e o Crescimento que se realizou em Gotemburgo, na Suécia.

Este inscreve-se no âmbito de um conjunto mais vasto de esforços para construir um modelo de crescimento mais inclusivo e sustentável, melhorando a competitividade da Europa e tornando-a num espaço mais propício ao investimento, à criação de emprego e à promoção da coesão social. O Pilar Europeu dos Direitos Sociais tem como objetivos servir de orientação para atingir resultados eficazes em matéria social e de emprego que permitam dar resposta aos desafios atuais e futuros e satisfazer as necessidades essenciais da população, no sentido de garantir uma melhor adoção e aplicação dos direitos sociais. Confere-se, assim aos cidadãos direitos novos e mais eficazes, que podem ser agrupados em três grandes categorias:

- igualdade de oportunidades e acesso ao mercado de trabalho;
- condições de trabalho justas;
- proteção e inclusão sociais

Os Estados Membros, as instituições da União Europeia, os Parceiros sociais e outros intervenientes serão solidariamente responsáveis pelo cumprimento dos princípios e direitos definidos no Pilar Europeu dos Direitos Sociais. A aplicação do pilar apoiar-se-á numa série de indicadores sociais que permitirão seguir as tendências e resultados em todos os países da U E. Não obstante todas as categorias inscritas no Pilar contribuirão para elevados níveis de coesão social e bem-estar e consequentemente redução dos níveis de pobreza, na presente comunicação destacamos, os relacionados com a Proteção e Inclusão Sociais, a saber.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 11. Acolhimento e apoio a crianças | 16. Cuidados de saúde |
| 12. Proteção social | 17. Inclusão das pessoas com deficiência |
| 13. Prestações por desemprego | 18. Cuidados de longa duração |
| 14. Rendimento mínimo | 19. Habitação e assistência para os sem-abrigo |
| 15. Prestações e pensões de velhice | 20. Acesso aos serviços essenciais |

A atuação nacional nesta matéria deverá, pois, concorrer para concretizar os princípios estabelecidos no pilar. Paralelamente, em 2015 foram definidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fixados na cimeira da ONU, em Nova Iorque que reuniu os líderes mundiais para adotar uma agenda ambiciosa com vista à erradicação da pobreza e ao

desenvolvimento económico, social e ambiental à escala global até 2030, conhecida como Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

A Agenda 2030 é fruto do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo para criar um novo modelo global para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas e integra 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sucessores dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, que deverão ser implementados por todos os países e que abrangem áreas tão diversas, mas interligadas, como: o acesso equitativo à educação e a serviços de saúde de qualidade; a criação de emprego digno; a sustentabilidade energética e ambiental; a conservação e gestão dos oceanos; a promoção de instituições eficazes e de sociedades estáveis e o combate à desigualdade a todos os níveis.

Portugal teve uma participação importante no processo de definição desta Agenda 2030, com destaque para a defesa mais vinculada dos objetivos de promover sociedades pacíficas e inclusivas, de erradicar todas as formas de discriminação e de violência com base no género e de conservar os mares e oceanos, gerindo os seus recursos de forma sustentável.

De entre os vários objetivos, importa destacar neste contexto o ODS 1: erradicar a Pobreza, em todas as suas formas e em todos os lugares e o ODS 10: reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países. Os indicadores utilizados para monitorização destes objetivos são os relativos a taxas de pobreza e indicadores de desigualdade, em linha com os indicadores europeus.

O carácter marcadamente estrutural de alguns fatores geradores de fenómenos de pobreza e exclusão social em Portugal exige não só uma intervenção de longo prazo, longe de critérios conjunturais, como também uma intervenção multifacetada, que abranja áreas tão diversas quanto a educação - alargando o seu alcance e reforçando a sua importância na diminuição das desigualdades nos rendimentos primários e na quebra da transmissão intergeracional da pobreza; um mercado de trabalho mais justo e inclusivo, capaz de responder às situações mais difíceis de integração e reintegração; uma repartição de rendimentos mais equilibrada por via de transferências sociais e de políticas salariais adequadas, de uma melhor distribuição da carga fiscal e de um sistema de proteção social abrangente, ajustado e capaz de se adaptar às mutações da realidade social.

Enquadrada pelas políticas e compromissos já acima citados, tem sido esta a estratégia de intervenção em matéria de proteção e inclusão social, destacando-se aqui as seguintes medidas:

Em matéria de proteção social e rendimentos mínimos, e combate à pobreza:

- Rendimento Social de Inserção (RSI) (combate à pobreza extrema: mínimos sociais em grupos de maior vulnerabilidade);
- Complemento Solidário para Idosos (CSI) (combate à pobreza nos idosos);
- Adequação dos rendimentos na velhice | Sustentabilidade social: Pensões: pensões de velhice, de sobrevivência e de invalidez.
- Prestações por Desemprego: subsídio de desemprego; subsídio social de desemprego; subsídio social de desemprego subsequente e medida extraordinária de apoio aos desempregados de longa duração;
- Prestações familiares: Abono de Família - aumento gradual, entre 2017 e 2019, do abono de família para a 1ª infância, dirigido às crianças até aos 36 meses, de forma a igualar o valor para crianças até 12 meses. 2017: reintroduzido o 4º escalão para crianças até aos 36 meses; Prestações por Parentalidade;
- Adoção de um conjunto de políticas transversais que procuram promover, a curto prazo, uma efetiva igualdade de oportunidades e garantir o exercício pleno de direitos às pessoas portadoras de deficiência nas áreas da mobilidade e acessibilidades, da aprendizagem ao longo da vida, do combate à violência e discriminação e do acesso à saúde, promovendo o combate à pobreza e um incentivo à participação laboral e à autonomização: i) Prestação Social para a Inclusão (a inclusão das pessoas com deficiência ou incapacidade); ii) implementação do programa “Modelo de Apoio à Vida Independente das pessoas com deficiência” (MAVI).
- POAPMC (Apoio alimentar aos mais carenciados), financiado pelo FEAC e pelo OE. (a par de outros programas específicos dirigidos a pessoas em situação de maior vulnerabilidade, como CLDS e RLIS);
- Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023 (ENIPSSA 2017-2023) – i) três eixos de intervenção: Conhecimento do fenómeno; ii) Reforço da intervenção; iii) Coordenação;
- Cooperação com o setor solidário (mobilização da sociedade para a promoção da coesão social e combate à pobreza);
- O combate às situações de precariedade laboral e de baixos salários (combate à pobreza no trabalho) (legislação laboral; proteção social independentes; aumento da RMMG);

- Rede de Equipamentos e Serviços Sociais e da Saúde (apoio às famílias e a grupos mais vulneráveis) – equidade na distribuição territorial;
- Apresentação em 2019 de uma proposta de Lei e de medidas que visam reconhecer o papel dos cuidadores informais, concedendo-lhes um conjunto de direitos, e implementação de projetos piloto (em conjunto com MS).

Medição e Avaliação da Pobreza

Já foi várias vezes referida a importância de existirem políticas que abordem o fenómeno da pobreza do ponto de vista da sua multidimensionalidade.

As políticas que têm vindo a ser colocadas em prática ganham maior legitimidade quando avaliada a sua eficácia, pelo que alguns dos exemplos que aqui demos, sobretudo as estratégias enquadradoras definidas em termos internacionais têm associadas planos de acompanhamento e painéis de indicadores, entre outros.

De um ponto de vista pragmático para medir e compreender o fenómeno da pobreza, interessa conhecer quem está excluído de um nível mínimo aceitável em termos de recursos económicos, e que em simultâneo, não satisfaz as necessidades nos diversos domínios do bem-estar, com vista a uma vida condigna em sociedade. A complexidade do fenómeno da Pobreza exige, como se dizia, uma necessária combinação interdisciplinar das suas abordagens. Hoje é reconhecido o carácter polissémico da pobreza, bem como acima de tudo a complexidade e multidimensionalidade deste fenómeno, tanto no que respeita às suas causas como também quanto às suas expressões ou manifestações. A pobreza é entendida geralmente como uma situação de privação por falta de recursos. No entanto, ao equacionar a definição de um limiar de pobreza, devemos ter consciência da multidimensionalidade e complexidade do fenómeno da pobreza, que vai muito para além da mera privação de recursos.

A necessidade de harmonizar através da construção de indicadores facilmente comparáveis, conduz à simplificação, podendo, pois, eliminar certos aspetos diferenciadores, que podem não ser importantes, mas são fundamentais para o estabelecimento de políticas. A análise global da pobreza sobre uma sociedade como um todo poderá por si só ocultar algumas realidades mais sensíveis ao fenómeno, podendo por isso ser insuficiente a taxa de pobreza como indicador privilegiado.

Por outro lado, quando se pensa em termos de limiar será necessária a introdução de uma dinâmica plurianual, que permita estudar o fenómeno na sua dimensão temporal. Na construção de qualquer indicador que nos permita avaliar o nível ou a evolução da pobreza, as fontes de

informação estatística ou administrativa e a sua qualidade assumem particular importância. Neste momento, os dados mais atualizados de que dispomos para avaliar as condições de vida e bem-estar da população reportam a 2018 e são provenientes do inquérito amostral do INE, a saber, o ICOR relativos a rendimentos auferidos em 2017.

Já em 2008 a Assembleia da República Portuguesa aprovava uma resolução que recomendava: (i) a definição de um limiar de pobreza em função do nível de rendimento nacional e das condições de vida padrão na nossa sociedade, (ii) a avaliação regular das políticas públicas de erradicação da pobreza; (iii) que o limiar de pobreza estabelecido sirva de referência obrigatória à definição e à avaliação das políticas públicas de erradicação da pobreza.

Esta matéria conduz também a discussões várias, já que a medição da pobreza poderá resultar de diferentes formas tendo em conta os indicadores e fontes estatísticas utilizadas.

Esta temática volta a estar na ordem do dia com a apresentação de propostas pelos partidos políticos junto da Assembleia da República para o estabelecimento de um regime jurídico aplicável à avaliação de impacto dos atos normativos na produção, manutenção, agravamento ou na diminuição e erradicação da pobreza. A aplicação de mecanismos de poverty proofing na construção de políticas públicas tem vindo a ser defendida por alguns atores no terreno desde há vários anos.

Conclusão

O carácter marcadamente estrutural e complexo da pobreza e exclusão social em Portugal exige não só uma intervenção de longo prazo, longe de critérios conjunturais, como também uma intervenção multifacetada, que abranja áreas tão diversas como a educação, a saúde, a cultura, o território, entre outros. Essa intervenção deverá ser de mainstreaming das políticas e das ações de forma a que a luta contra a pobreza seja uma preocupação de cada uma das políticas sectoriais. Exige, ainda, parcerias consistentes entre os atores públicos e destes com os privados, devendo desejavelmente ser acompanhada de metas e compromissos ambiciosos, mas exequíveis, de avaliações robustas, mas pragmáticas e capazes de reorientar a ação, se necessário.

Importa promover uma discussão séria e consistente nestas áreas, juntamente com diferentes intervenientes nesta matéria (administração, técnicos, académicos, parceiros sociais, ONG), percebendo os recursos públicos para esta avaliação, mas não deixando de mobilizar muitos dos instrumentos que ao longo de quase duas décadas têm vindo a ser construídos em matéria de monitorização e avaliação de políticas.

Bibliografia

- Bruto da Costa, Alfredo (Coord.) Baptista, I., Perista, P. e Carrilho, P. (2008). Um olhar sobre a Pobreza, Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo.
- Rodrigues, Carlos F., Figueiras, R. e Junqueira, V. (orgs) (2016). *Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal: as consequências sociais do programa de ajustamento*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rodrigues, Carlos F. (2012) ‘O Refluxo das Políticas Sociais em Portugal: O exemplo do RSI’, ISEG.
- OIT (2018). *Trabalho digno em Portugal 2008-2018, Da Crise à Recuperação*, Genebra: BIT.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros (2017) Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Saúde, Pobreza e Populações Vulneráveis - a ação da Médicos do Mundo

Fernando Vasco, Médico de Saúde Pública, Presidente da Médicos do Mundo Portugal

Quem somos

A Médicos do Mundo (MdM) é uma rede internacional com 16 delegações (Alemanha, Argentina, Bélgica, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Japão, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Reino Unido, Suíça, Suécia e Turquia), sendo entre as organizações que prestam cuidados de saúde aquela que tem maior número de delegações. A delegação portuguesa “Associação Médicos do Mundo” (MdMP) é uma Organização Não-Governamental de ajuda humanitária e de cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa. O nosso trabalho assenta no direito fundamental de todos os seres humanos terem acesso a cuidados de saúde, independentemente da sua nacionalidade, religião, ideologia, raça ou possibilidades económicas⁵.

Podemos encontrar as origens da MdM na guerra do Biafra (1969), país africano onde um grupo de médicos franceses exerceu a sua atividade de ação humanitária de emergência sob a bandeira da Cruz Vermelha Francesa. Sensibilizados por essa intensa experiência, alguns destes médicos juntaram-se a um grupo de jornalistas do jornal médico Tonus, os quais tinham apelado aos médicos para intervirem junto das populações do Paquistão oriental, vítimas de cheias. Em 1971 estes dois grupos fundam a *Médecins sans Frontières* (MSF)⁶. Nas próprias palavras dos fundadores “*decidiram criar uma organização médica de urgência, livre na sua palavra e nos seus actos*”. O seu mote, “*Cuidar e testemunhar*”, tornou-se a essência da ação das organizações que se lhe seguiram.

Em 1980, também em França, surgiu a *Médecins du Monde* (MdM)⁷, que se torna posteriormente em rede internacional. Ela resulta de uma cisão dos MSF, protagonizada por um grupo liderado por Bernard Kouchner, que entendeu ser seu dever prestar auxílio a refugiados vietnamitas que estavam num barco à deriva no Mar da China, abandonados pela

⁵ <https://www.medicosdomundo.pt/>

⁶ <https://www.msf.fr/decouvrir-msf/notre-histoire>

⁷ <http://www.medicinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/notre-histoire>

comunidade internacional. Os três grandes objetivos da MdM eram *“Ir onde os outros não vão, testemunhar o intolerável e trabalhar benevolamente”*.

Em 1999, um grupo de médicos em Portugal funda a Associação Médicos do Mundo Portugal (MdMP), que se integrou na Rede Internacional da MdM. Pouco depois da sua constituição a MdMP protagonizou uma intervenção humanitária de emergência em Timor, logo após a independência. Esta intervenção estendeu-se por cerca de dez anos, tendo mudado o seu carácter de emergência, para se tornar numa ação de apoio ao desenvolvimento.

É, pois, em torno da matriz genética, *“Cuidar e testemunhar”*, comum às duas “gerações” anteriores, MSF/MdM, que a identidade da MdMP⁸ tem vindo a ser construída. O nosso mote é **“Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça...”**

Desde a sua fundação a MdMP já esteve em ações humanitárias de emergência em Timor-Leste (1999, 2001 e 2006), Turquia (1999), Moçambique (2001), Peru (2001), Afeganistão (2002), Iraque (2003), Sri Lanka (2004), Guiné –Bissau (2005 e 2008), São Tomé e Príncipe (2006) e Haiti (2010). Em 2017 a MdMP realizou a sua primeira missão de emergência em Portugal, Castanheira de Pêra, por ocasião dos incêndios que assolaram a Zona Centro do País.

Desde 2001 que a MDMP desenvolve projetos em Portugal. Começaram na cidade do Porto, junto da população jovem e da população sem-abrigo, e estenderam-se posteriormente a Lisboa.

Situação atual da Rede Internacional

Atualmente a Rede Internacional, entidade orgânica sem identidade jurídica, está a desenvolver esforços no sentido de ganhar maior coesão organizativa e assim aumentar o impacto das suas ações. Este é um processo em curso que tem como objetivos:

- Democratizar a tomada de decisão, através de um conselho de presidentes;
- Ganhar maior peso internacional para influenciar as decisões e para competir com outras grandes organizações no acesso aos fundos;
- Ter uma voz comum nos media e fora internacionais;
- Partilhar recursos.

Atualmente e face às crises de humanitárias provocadas pelos conflitos e pela pobreza que se verificam em vários pontos do mundo, e que determinam migrações maciças de populações em fuga da guerra e da pobreza, a MdM está ativa em vários pontos do mundo no apoio a estas

⁸ <http://www.medicosdomundo.pt/pt>

populações. Por exemplo, a MdM, através da sua Rede Internacional, está presente em todo o trajecto dos refugiados, desde a Síria e Iraque, até aos países de sua passagem, como a Turquia, e nos locais de entrada na Europa, casos de Lesbos e Quios, na Grécia, Melila, em Espanha e Calais, em França.

Presentemente a Rede Internacional atua em mais de 70 países com mais de 300 projetos.

A MdM Portugal

O Plano Estratégico 2016-2020 da MdMP mostra com clareza os seus princípios identitários assentes numa visão do mundo muito própria, uma visão para a organização, uma missão, e um conjunto de valores. Estes são os elementos em torno dos quais se desenvolve toda a ação da MdMP, a saber:

- “O mundo que “*é visto*” pela MdM, sinteticamente, é um mundo em que existem milhões de pessoas e grupos que são pobres e/ou estão no limiar da pobreza, para quem as palavras abrigo, segurança e alimento são praticamente inexistentes, marginalizados pela sociedade pelos mais variados factores, nomeadamente em função da origem étnica, da idade, do género, da identidade sexual, da escolaridade, da religião, das doenças que sofrem e outros. É um mundo em que as catástrofes ambientais e os conflitos atingem milhares de pessoas, com as consequências que se conhecem. É um mundo globalizado pelo avanço tecnológico, onde poucos cidadãos têm acesso a quase tudo, e muitos não têm acesso a quase nada. É um mundo em que os Direitos Humanos, um património da Humanidade, são reconhecidos nos grandes fóruns internacionais, e, simultaneamente negados todos os dias a milhões de pessoas. Consequentemente, estes Direitos, precisam de ser defendidos e gritados, também todos os dias, por todos aqueles que disso têm consciência. Esta visão do mundo leva a que a MdMP centre a sua atenção na defesa do Direito à Saúde, atuando junto dos grupos mais marginalizados da sociedade e disponibilizando-lhes a sua voz”⁹.
- A **visão** para a organização é promover o acesso universal à saúde e combater a discriminação das populações vulneráveis, aumentando a sua qualidade de vida e bem-estar, constituindo-se como uma referência nacional e internacional na intervenção na área da saúde.
- A **missão** da MdMP é: i) prestar cuidados de saúde gratuitos às populações mais vulneráveis, quer em situações de emergência quer no combate à exclusão social, fora e

⁹ Vasco, F; Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça. Revista Partes.#3, Outubro 2018, pp. 38-40.

dentro do país; ii) estimular o empenho voluntário de médicos e de outros profissionais de saúde; iii) garantir o apoio de outros profissionais qualificados, necessários para um bom desempenho das nossas missões.

- Os **valores** da MdMP decorrem da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), no geral e do seu artigo 25.º, em particular: *“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar”*, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”. Assim, os **valores da MdM** são: Solidariedade, Justiça social, Responsabilidade, Sustentabilidade, Independência, Transparência, Cooperação, Proximidade e Ativismo.

O nosso Plano Estratégico define sete objetivos estratégicos a atingir até 2020:

- 1 - Aumentar o acesso à saúde dos públicos vulneráveis
- 2 - Diminuir o isolamento social dos beneficiários
- 3 - Garantir o pleno exercício dos direitos dos beneficiários
- 4 - Diminuir o estigma social das populações vulneráveis
- 5 - Aumentar a intervenção/ capacitação de pessoas e instituições pela MdM nas várias geografias
- 6 - Garantir o equilíbrio financeiro da Organização no médio prazo
- 7 - Aumentar a notoriedade e reputação da MdM.

A Direção atual, na perspetiva de fortalecer a MdMP, está especialmente focada em:

1. Aumentar o número de associados e a captação de fundos na perspectiva de garantir uma provisão de fundos que lhe permita resistir a qualquer percalço financeiro, cumprir os compromissos financeiros já assumidos e de renovar os corpos sociais;
2. Melhorar a qualidade dos procedimentos organizacionais para uma maior eficiência e eficácia;
3. Melhorar o apoio técnico aos projectos (supervisão técnica formativa);
4. Retomar os projectos internacionais (PALOPs).

Quantos somos, o que fazemos e onde estamos

Atualmente somos 36 assalariados, 100 associados, 4740 doadores, 2200 voluntários (270 ativos).

As nossas áreas de intervenção são a Ação Humanitária de Emergência e de Apoio ao Desenvolvimento. Para desenvolvermos as nossas ações no terreno estabelecemos dezenas de parcerias formais e informais.

É de relevar a nossa ação de apoio ao voluntariado corporativo, que surgiu durante a intervenção de emergência em Castanheira de Pêra (fogos de 2017 na Região Centro) e que se solidificou na fase pós emergência em que colaborámos ativamente com grandes empresas nacionais, tendo passado por nós mais de 3000 voluntários que passaram pelo concelho, durante um ano, no apoio ao projeto de reconstrução. Esta experiência foi recentemente reconhecida a nível internacional.

A nossa população alvo / áreas de saúde preferenciais de atuação

Como dissemos a nossa ação dirige-se prioritariamente a populações vulneráveis, com dificuldades de acesso a cuidados de saúde. São elas, jovens, idosos, pessoas em situação de sem-abrigo, migrantes, pobres ou com escassos recursos económicos, utilizadores de drogas, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores sexuais, pessoas que vivem com o VIH, portadores de doenças crónicas e debilitantes, pessoas com problemas de saúde mental.

Prestamos cuidados básicos de saúde facilitando o acesso a cuidados de saúde, incluindo o apoio medicamentoso, apoio psicossocial, redução de riscos e minimização de danos. As nossas atividades têm sempre um cariz preventivo e educativo.

Formação e investigação

Consideramos que qualquer organização que presta cuidados de saúde deve produzir mais dois outputs: formação e investigação.

Nesse sentido temos parcerias com: i) ISCSP onde somos responsáveis pelo Módulo de Saúde da Pós-graduação em Crise e Ação Humanitária, ii) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com participação na Disciplina de Formação Social e Humana (desde 2014), iii) Faculdade de Medicina da Universidade do Minho com participação na Disciplina de Projecto de Opção I, disponibilizando estágios de observação, IV) com o ISPUP, a Unidade de Saúde Pública do Porto Oriental, Institutos Politécnicos de Leiria e Setúbal com colaborações na área

da investigação e disponibilização de estágios para estudantes da área da saúde, nomeadamente de Enfermagem, Médicos internos de Saúde Pública e Terapeutas Ocupacionais.

A intervenção em saúde em situações de pobreza

Com esta comunicação pretendo mostrar como age a MdM com as populações que acompanha. É necessário explicitar que, apesar de nem todos os indivíduos que constituem estas populações serem pobres, a sua maioria é pobre, sendo a pobreza uma problemática transversal. Há, pois, um conjunto de elementos que devemos tomar como referência e que condicionam a forma como atuamos no âmbito dos nossos projetos.

Como já dissemos a Saúde é um direito humano básico e um bem comum global. Sabemos que a situação de pobreza condiciona e determina o acesso aos cuidados de saúde. A interligação entre saúde, pobreza e desenvolvimento é clara: a prevalência das doenças nas populações e as dificuldades no acesso a cuidados básicos de saúde têm um impacto negativo na produtividade das pessoas, assim como na sua capacidade e disponibilidade para a aprendizagem, nas suas perspetivas de futuro, na evolução demográfica das sociedades, na capacidade de poupança das famílias, enfim no desenvolvimento individual, familiar e comunitário. Estamos perante um círculo vicioso, que perpetua e promove situações de pobreza, no qual vários países se encontram e que urge quebrar. Sabemos também que o desenvolvimento económico depende, em grande medida, da existência de um sistema de saúde capaz de responder às necessidades das populações, e que a melhoria da prestação de cuidados básicos de saúde terá reflexos positivos no fortalecimento das economias e, consequentemente, na redução da pobreza.

Apostar na saúde significa investir no desenvolvimento das sociedades e das economias. Estima-se que 1 Euro investido em Saúde gera pelo menos 2,5 Euros no PIB dos países. Estima-se também que, por cada 10% de aumento da esperança de vida, se verifique um correspondente aumento do crescimento económico anual em 0,4%.¹⁰

Importa ter presente uma multiplicidade de fatores designados como determinantes da saúde – como a educação e a cultura, a nutrição, a água e saneamento, os comportamentos individuais, ou a proteção social, que exercem grande influência sobre as condições de saúde das populações e, por isso, devem ser tidos em consideração na preparação das políticas, planos e programas de ação. De todas estas determinantes, a educação será que oferece a melhor ilustração: crianças saudáveis têm melhores resultados escolares; crianças com melhores níveis de educação tornam-se adultos mais saudáveis. Por outro lado, num mundo dominado pelo

¹⁰ OMS, 2017

economicismo, há cada vez mais uma consciencialização de que a Saúde é um investimento e não uma despesa, bem como uma responsabilidade dos Estados e do conjunto das sociedades.

Sobre a pobreza, as desigualdades e a proteção social não posso deixar de referir alguns dados que importa conhecer:

- Mais de mil milhões de pessoas no mundo vive numa situação de pobreza multidimensional com privações cumulativas na saúde, educação e nível de vida¹¹.
- Calcula-se que 40% dos doentes hospitalares peçam empréstimos ou vendam bens para suportar as despesas e cerca de 35% caem em situação de pobreza depois de pagarem as suas despesas de saúde.
- Os países desenvolvidos têm, per capita e em média, 10 vezes mais médicos, 12 vezes mais enfermeiros e parteiras e 30 vezes mais dentistas do que os países mais pobres.
- A implementação de um sistema de Segurança Social básico nos países mais pobres custaria menos de 2% do PIB global. A proteção social na doença evitaria que muitas famílias caíssem em situação de pobreza quando, por problemas de saúde, ficassem impedidos de trabalhar.
- Cerca de um quarto da população portuguesa está em risco de pobreza ou exclusão (2,4 milhões)¹²;

Há evidência suficiente para podermos dizer que, e só não vê quem não quer ver, a pobreza limita fortemente a saúde e o desenvolvimento das populações. A revista “The Lancet” publicou, em fevereiro de 2017, um estudo liderado por cerca de 30 especialistas de instituições de renome no mundo inteiro, que prova a ligação direta entre o nível socioeconómico de um indivíduo e seu estado de saúde. A pesquisa analisou dados de cerca de 1,7 milhões de pessoas de diferentes lugares. Foi comprovado que a pobreza e a desigualdade social matam tantas pessoas em escala global quanto a obesidade, a hipertensão e o abuso de álcool.¹³

Também o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016) explicita¹⁴:

- Os mais pobres são os mais doentes e os mais doentes são os mais pobres. “*Um ancestral e inquebrável ciclo de pobreza e doença a que urge pôr fim*”
- Aqueles que têm menores níveis de escolaridade, baixos rendimentos ou são idosos são aqueles em que os riscos de adoecer “aumentam”.

¹¹ <https://observador.pt/2018/09/20/pobreza-multidimensional-afeta-cerca-de-13-mil-milhoes-de-pessoas-no-mundo/>

¹² [https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+em+risco+de+pobreza+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+\(percentagem\)-2331](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+em+risco+de+pobreza+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+(percentagem)-2331)

¹³ Lancet, 2017

¹⁴ http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf

- Um dos dados apresentados refere que “*as pessoas sem formação têm um risco de ter má saúde seis vezes superior, em comparação com as pessoas com mais formação (ensino secundário ou mais)*”. Também o risco de diabetes é quatro vezes superior nestes casos. “Seja qual for a doença, a desigualdade aumentou claramente entre 2005 e 2014, independentemente do sexo e da idade”, concluem.
- A crise trouxe também uma outra realidade: o aumento do número de suicídios em Portugal e do consumo de medicamentos para o sistema nervoso.

Dito o que dissemos uma pergunta se impõe “**SOMOS UM PAÍS POBRE?**”. Efetivamente não poderemos considerar-nos um país rico. Contudo as dificuldades vividas por uma grande parte da população portuguesa advêm, em nosso entender, de um grave problema na distribuição da riqueza. Na verdade Portugal é o terceiro país da OCDE que apresenta um maior aprofundamento cumulativo das desigualdades remuneratórias, “*Portugal (em meados de 2000) é o 6º país com a mais baixa mediana de rendimento total*”.¹⁵ Mas, ao contemplar-se apenas o rendimento médio dos 10% mais pobres, observa-se que neste caso Portugal desce ainda mais uma posição, para o 5º lugar. No estrato dos 10% mais ricos, o nosso país encontra-se no 10º lugar, com valores próximos da média da OCDE. Estes resultados confirmam algumas das conclusões referenciadas por outros estudos recentes realizados em Portugal, que apontam o problema dos baixíssimos salários como sendo uma das características fundamentais da nossa economia”.^{16 17}

A ilustrar esta situação num estudo do Jornal Expresso¹⁸ podemos verificar que em 2017 as remunerações brutas anuais dos CEO das 18 empresas cotadas no PSI 20 em média 33 vezes superiores ao que pagavam aos seus assalariados. Num caso, foi superior a 160 vezes (2 milhões de euros). Resumindo este CEO, em 2 dias, ganha mais do que ganha um seu trabalhador num ano. Durante a crise (Troika) o salário destes administradores subiu 49,7% e o dos trabalhadores desceu 6,2%.

Entre 2010-2017 os trabalhadores recuperaram 6% dos salários, mas ainda ganham em média menos que em 2010. Os CEO subiram 35,8%. No final do ano passado os CEO ganharam em

¹⁵ <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=95&lang=>

¹⁶ <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=95&lang=>

¹⁷ <http://www.oecd.org/els/soc/growingunequalincomedistributionandpovertyinoecdcountries.htm>

¹⁸ <https://expresso.pt/multimedia/259/2018-12-13-O-pais-onde-um-gestor-ganha-160-vezes-mais-do-que-os-seus-trabalhadores-1#gs.5lzkqu>

média 1 milhão por ano. Também a política de salários baixos praticada^{19 20}, não contribui para melhorar a situação, sendo mesmo para alguns considerada um erro²¹.

Perante esta realidade como agimos nos nossos projetos?

Finalmente importa caracterizarmos a nossa ação para melhor se perceber como intervimos. A MdMP acompanha cerca de 6000 pessoas por ano. A nossa forma de intervir caracteriza-se por ser centrada no indivíduo e no seu contexto de vida. Desenvolvemos uma abordagem de proximidade e integrada, prestamos cuidados de saúde e apoio social, e procuramos, sempre que indicado, recorrer à rede social de apoio (parceiros) e promover a integração dos indivíduos nas estruturas comunitárias, sejam elas públicas, privadas ou do sector social.

No quadro que se segue estão enunciados os projetos nacionais que estamos a desenvolver (17) estão assinalados com X as populações alvo de cada um deles.

Projetos da MdMP e populações alvo

PROJETOS	PSA	T. Sex	UDIs	HSB	MIG ND	REF	Jov	Idosos
Equipa Técnica de Rua Lisboa /Loures/Porto/Barcelos (4)	X	X	X	X	X			
Terceira (C)idade / VIVA / Viver saudável (3)								X
Farmédicos Lisboa / Porto (2)	X	X	X	X	X	X	X	X
Unidade Habitacional de Santo António/Porto					X			
Centro Acolhimento Hospital Joaquim Urbano/ Porto	X	X	X	X	X			
CIT - Aeroporto de Lisboa					X			
Centro de Acolhimento Temporário Refugiados Lisboa / Évora (2)						X		
LIKE ME II							X	
Missão Esperança, Castanheira de Pera								X
Unidade Móvel de Consumo Vigiado			X					

¹⁹ <https://expresso.pt/economia/2018-06-26-OCDE-diz-que-salarios-baixos-em-Portugal-sao-culpa-de-empregos-pouco-produtivos#gs.7vrbvu>

²⁰ <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/salarios-em-portugal-sao-cerca-de-500-euros-mais-baixos-do-que-na-alemanha-211320>

²¹ https://www.ted.com/talks/nick_hanauer_beware_fellow_plutocrats_the_pitchforks_are_coming?language=pt

Designação das colunas:

PSA´s – Pessoas em situação de sem abrigo

T. SEX - Trabalhadores de sexo

UDIs – Utilizadores de drogas injetáveis

HSH – Homens que fazem sexo com homens

MIG ND – Migrantes não documentados

REF – Refugiados

Jov – Jovens

Em termos de prestação de cuidados de saúde, fazemo-lo através de uma abordagem holística, e com forte cariz de promoção da saúde e prevenção da doença. Podemos enunciar o seguinte tipo de atividades:

- Cuidados básicos de saúde
- Rastreio – (VIH/Sífilis/Hepatites/ Diabetes/ HTA)
- Prevenção - IEC
- RRMD - Programa de Troca de seringas / Cachimbos/Preservativos/Lubrificantes/ Pratas
- Apoio medicamentoso
- Ajudas técnicas (canadianas, cadeira de rodas, elevadores)
- Apoio domiciliário (higiene pessoal e da habitação, tratamento roupa, fisioterapia)
- Atividades de animação e apoio psicossocial (combate ao isolamento / voluntariado sénior)
- Referenciação e acompanhamento aos serviços de saúde e apoio social

Em nosso entender a resposta a situações que são “endémicas”, através de projetos não é adequada, parecendo-nos mais efetiva a abordagem a través de contratos-programa que privilegiem abordagens integradas.

Concluindo:

A abordagem da MdMP às situações das pessoas em situação de vulnerabilidade, onde se incluem os pobres e os que estão em risco de pobreza, procura considerar o indivíduo como um todo e visa ajudá-lo a desenvolver laços de pertença com a sua comunidade e aumentar a sua autonomia, enquanto cidadão. Consideramos que melhor saúde aumenta a possibilidade de sair da pobreza e, na linha do que vários estudos e a nossa própria experiência tem demonstrado, também contribui para evitar que as pessoas aumentem a situação de vulnerabilidade económica e social.

Saúde no Bairro: Dar Voz e Respostas

*Fernanda Gomes da Costa Marques, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
fernanda.gomes@ess.ips.pt*

*Margarida Castro Ferreira, Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida,
margarida.ferreira@arslvt.min-saude.pt*

Resumo

O Projeto Saúde no Bairro decorre do Programa Nosso Bairro Nossa Cidade do Município de Setúbal. Trata-se de um Projeto único onde emerge a participação dos moradores dos bairros da Bela Vista e zona envolvente com o Município, a UCC Península Azul do ACES Arrábida, a Cruz Vermelha Portuguesa, A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Junta de Freguesia de São Sebastião. Emerge deste trabalho conjunto a resposta que se dá em conjunto aos problemas identificados pela população residente visando sempre a literacia em saúde na promoção do autocuidado e bem-estar com a finalidade de saberem como prevenir a doença contribuindo para uma comunidade mais saudável

Palavras chave: Saúde, Enfermagem, Comunidade

O Projeto Saúde no Bairro decorre do Programa Nosso Bairro Nossa Cidade (PNBNC) e é um Projeto de participação, direta e coletiva, de moradores no acesso a cuidados de saúde num contexto de promoção da saúde nos bairros da Bela Vista e envolvente. Tem como objetivo principal criar condições de espaço (5 gabinetes, já existentes e disponíveis para o projeto), equipamentos, recursos humanos e de formação que contribuam para a redução das desigualdades em saúde, dos cerca de 6000 moradores da Bela Vista e zona envolvente, na cidade de Setúbal, contribuindo para o aumento da sua literacia em saúde, capacitando-os e tornando-os mais autónomos ao que concerne ao seu bem-estar, prevenindo doenças e consequentemente promovendo a sua saúde, mais a dos que deles dependem, logo contribuindo



para uma comunidade mais saudável.

O Projeto Saúde no Bairro nasce da dinâmica alcançada pelos moradores envolvidos no Programa do Município de Setúbal NBNC. Esta iniciativa abrange o Bairro da Bela Vista, da Alameda das Palmeiras, do Forte da Bela Vista, das Manteigadas e da Quinta de S^{to} António.

Nesse processo foram eleitos, em cada bairro, representantes dos moradores para um grupo de trabalho que envolveu também as instituições, para definir uma estratégia de intervenção e um

projeto específico, para o qual foi escolhida a designação de “Saúde no Bairro” integrado no PNBNC já existente.

Foi celebrado um protocolo, que visa promover ações na área da promoção da saúde e prevenção da doença que vão ao encontro das necessidades sentidas e expressas pelos moradores dos bairros da Bela Vista e Zona Envolvente, em Setúbal, envolvendo-os na definição da estratégia a prosseguir por forma a promover a sua autonomia, co-responsabilização no processo de autogestão da sua própria saúde, capacitando-os simultaneamente para uma intervenção comunitária mais efetiva na promoção da saúde coletiva através da identificação de moradores que assumam a qualidade de “*Agentes Locais de Saúde Voluntários*”.

Assenta na premissa de que toda a ação deve ser protagonizada pelos moradores, ou seja, deverá ser geradora de participação das pessoas nas decisões que a elas e à sua comunidade dizem respeito, promovendo assim a sua capacitação, autonomia, responsabilidade e crescimento coletivo. Os representantes dos moradores, eleitos pelos mesmos, participam ativamente nas reuniões do Projeto Saúde no Bairro, trazendo à discussão opiniões, críticas e opiniões, assim como problemáticas identificadas pelos demais moradores contribuindo para a consecução do objetivo do Projeto Saúde no Bairro. Este grupo de moradores integra, em certa medida, a equipa de gestão de todo o processo, validando as opções e indicando caminhos a seguir numa perspectiva de mudança social da sua envolvente. Das várias reuniões, e



principalmente aquando do 3º Encontro de moradores, foram levantados vários problemas e constrangimentos na área da saúde. De uma forma simples, mas concreta e objetiva, foram formuladas as principais preocupações dos moradores destes bairros, em matéria de saúde: como equidade no

acesso aos cuidados de saúde com enfoque na saúde de proximidade; como acesso a informação qualificada sobre estilos de vida saudável com destaque para a alimentação saudável; como atividade física; como cuidados de higiene corporal; e como saúde do idoso.

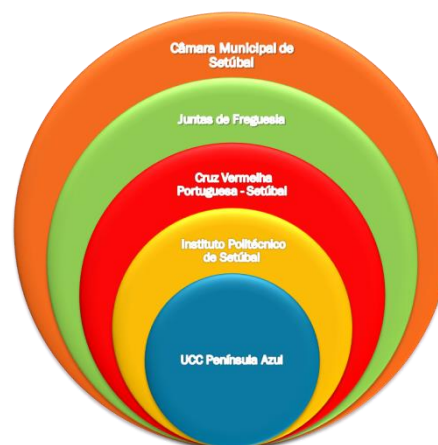
Estes temas são de reconhecida importância nas políticas de saúde e determinantes na obtenção de mais ganhos em saúde. Temáticas fulcrais para a contribuição da educação para a saúde, literacia e autocuidado dos cidadãos aumentando a sua autonomia e a sua responsabilidade pela sua saúde e



bem-estar. Em conjunto, os moradores dos Bairros, a equipa do Projeto Saúde no Bairro e os parceiros querem e estão a implementar um projeto de promoção da saúde, tendo já sido desenvolvidas várias atividades cuja adesão por parte da população bem como por parte dos parceiros envolvidos constituem motivo para o desenvolvimento mais aprofundado do projeto. O acesso a cuidados de saúde de proximidade é um direito de todos, com assento nesta premissa e tendo por base a realidade atual, pretende-se com esta intervenção nos bairros da Bela Vista, desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doença através da participação, direta e coletiva, de moradores dos bairros da Bela Vista e zona envolvente.

Os moradores tinham manifestado a sua necessidade de cuidados de saúde de proximidade e de terem mais conhecimentos sobre saúde, alimentação saudável, hipertensão, colesterol, diabetes, bem como demonstraram a sua preocupação com o isolamento e solidão de alguns idosos. Em reuniões promovidas pela autarquia, foi discutido o problema e como delinear uma intervenção que se desejava participativa.

Na sequência destas reuniões foram estabelecidos contatos com entidades, já parceiras do PNBNC, Câmara Municipal de Setúbal (CMS); Agrupamento dos Centros de Saúde da Arrábida – (ACES da Arrábida) UCC PA; Cruz Vermelha Portuguesa-Delegação de Setúbal (CVP); Escola Superior de Saúde do Instituto



Politécnico de Setúbal (ESS-IPS) e Junta de Freguesia de São Sebastião (JFSS), no sentido de avaliar as condições de apoio institucional e técnico a um projeto centrado nas questões da saúde. Foram também realizadas reuniões com os interlocutores de cada um dos cinco bairros envolvidos no Programa para debater a ação a desenvolver.

O projeto pretende intervir em diferentes níveis:

- Oferta de serviços de proximidade que incidirão em cuidados de saúde primários por técnicos qualificados e acesso a informação de qualidade e adequada ao nível de literacia da população;
- Dinamização de atividades de promoção da saúde de base comunitária;
- Formação adequada às necessidades dos moradores em matéria de cidadania, em estilos de vida saudável, em capacitação e em autocuidados de saúde;
- Empoderamento do cidadão através de processos de participação cidadã ativa na promoção da saúde e consequente obtenção de mais ganhos em saúde.

Com este tipo de intervenção será facilitado o processo de adoção de estilos de vida mais saudável bem como de incremento de auto estima e ainda a redução das desigualdades em saúde oriundas da difícil acessibilidade à informação, cuidados e decisão em saúde.

O envolvimento dos representantes dos moradores em todo o projeto assegurará a sua constante avaliação e adaptação às necessidades.



Ao longo dos decorridos 3 anos foram desenvolvidas várias ações, em 2016 para além das reuniões de preparação com a equipa técnica e reuniões de preparação com os moradores, foram realizados atendimentos e consultas de enfermagem nos vários bairros, rastreios e ações de educação para a saúde por ocasião do dia mundial da saúde e o “I Encontro de Saúde”. Em 2017 e 2018, desenvolveram-se atividades na área da formação, nomeadamente sobre alimentação saudável, hipertensão arterial, diabetes, cuidados de higiene pessoal e da habitação, primeiros socorros e formação a cuidadores informais de pessoas com dependência.



Foi implementado o atendimento de enfermagem semanal no espaço do bairro da Alameda das Palmeiras, com a participação ativa dos moradores formados pelos profissionais do ACES/UCC E IPS/ESS.



Foram ainda efetuadas campanhas de carácter coletivo em dias comemorativos da saúde, tais como Dia Mundial da Saúde, Dia Mundial da Hipertensão e Dia Mundial da Alimentação. Um dos aspetos mais relevantes deste projeto, é o envolvimento de todos os parceiros – Moradores, IPS/Escola Superior de Saúde, Cruz Vermelha Portuguesa, Junta de freguesia de S. Sebastião e ACES Arrábida/UCC PA, para um trabalho comum em perfeita articulação para benefício de uma população até aqui socialmente excluída. A satisfação dos moradores pela acessibilidade

aos técnicos de saúde, assim como o seu envolvimento nas atividades de carácter colectivo são também aspectos relevantes que possibilitaram a evolução deste projeto.

O PNBNC, através do Projeto “Saúde no Bairro”, criou condições para estabelecer uma relação mais próxima entre o Sistema Público de Saúde, e outras instituições relacionadas com a área



da saúde, e os moradores de forma organizada e estruturada, para uma resposta mais próxima e mais ajustada às suas necessidades em saúde.

Tendo como principal preocupação a Promoção da Saúde e a Prevenção da

Doença o projeto preconiza uma redução nas desigualdades no acesso a cuidados e à informação básica. Com o incentivo à intervenção dos cidadãos enquanto principais agentes de saúde, sua e dos que lhes estão próximos, com a criação de gabinetes de proximidade e com o aumento da literacia em saúde, contribui-se desta forma para a melhoria da infraestrutura de saúde dos bairros alvo.

O Papel da Enfermagem na Vulnerabilidade e Dignidade da Pessoa Idosa na RNCCI – Uma análise Reflexiva

*Hugo Franco, Doutorando no ICS-UCP- Lisboa, Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Saúde –
Instituto Politécnico de Setúbal,
hugo.franco@ess.ips.pt*

*Andreia Ferreri Cerqueira, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal,
Investigadora Integrada na NURSE`IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas,
andrea.cerqueira@ess.ips.pt*

*Ana Poeira, Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal,
Investigadora Integrada na NURSE`IN – Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas,
ana.poeira@ess.ips.pt*

Resumo

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população portuguesa, determinam novos paradigmas de análise e planeamento dos Cuidados de Saúde. A resposta central, inadequada ao aparecimento de múltiplas e novas necessidades de cuidados de pessoas idosas, com dependência funcional, patologia crónica múltipla e/ou doença incurável em estado avançado, conduziu à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social, constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e de cuidados e ações paliativas. A reflexão em torno da temática, permitiu clarificar a importância do Enfermeiro no domínio ontológico da Vulnerabilidade e da Dignidade da Pessoa idosa, assumindo um papel vital, uma vez que o mesmo é facilitador da identificação das condições de vulnerabilidade e, simultaneamente, promotor da preservação e promoção da Dignidade da Pessoa Idosa na RNCCI.

Palavras chave: Enfermagem, Dignidade, Vulnerabilidade, Pessoa Idosa.

Introdução

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) caracteriza-se como um modelo organizativo e funcional, que promove a continuidade da prestação de cuidados de saúde e de apoio social ao cidadão que apresente dependência, compromisso do seu estado de saúde ou que se encontre em situação de doença terminal (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], 2019).

A Enfermagem, considerada uma ciência, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano de modo integral e holístico, desenvolve ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde (Barbosa, 2010).

Compreende-se, assim, que a importância do cuidar remeta para os ganhos em saúde e bem-estar que a pessoa poderá usufruir, sendo imprescindível a delineação de diagnósticos orientadores do resultado esperado. Desta forma, é necessário identificar potenciais riscos, fragilidades e necessidades alteradas, de modo a que seja edificado um plano de cuidados com

intervenções multidisciplinares realistas e individualizadas, com vista à promoção de autonomia, reabilitação ou manutenção e promoção de bem-estar. Estes pontos chave permitem organizar o plano a ser trabalhado com a pessoa, na sua circunstância e fomentando a prestação de cuidados (re)ajustados, com a devida qualidade e excelência.

Apesar da relevância do alcance dos resultados esperados para cada pessoa, é igualmente importante o caminho que até lá é percorrido e a forma como é vivido. Aqui, depreende-se o envolvimento da pessoa em todo o processo e como tal, que a mesma seja capaz de compreender o que está a ser planeado, a sua razão e finalidade. É necessário que o profissional responsável pela prestação de cuidados seja também ele capaz de identificar a pessoa como um ser multidimensional, reconhecer as necessidades que se encontram alteradas e principalmente, problematizar sobre o período frágil da vida da pessoa de quem cuida.

A vulnerabilidade constitui-se como parte da condição humana, remetendo para a fragilidade e precariedade própria do ser humano, como a exposição a qualquer situação de ameaça ou à possibilidade de sofrer um dano. Compreende-se então que a vulnerabilidade e o cuidado são realidades inseparáveis, na medida em que o homem é um ser vulnerável e, consequentemente, um ser que necessita de ser cuidado. O facto de uma pessoa ser vulnerável permite a possibilidade do cuidado, ou seja, a prática do cuidar fundamenta-se a partir da vulnerabilidade (Almeida, 2014).

Dado isto, a questão edifica-se: como preservar a dignidade da pessoa na prestação de cuidados atendendo à sua vulnerabilidade?

Os Conceitos de *Dignitas* e *Vulnus*

A dignidade advém do termo *Dignitas* que significa prestígio, consideração, estima. Trata-se de uma qualidade intrínseca e inseparável do ser Humano, é um valor único e determinante da condição de ser humano. Desta forma, é possível afirmar que a dignidade é inerente à pessoa humana e não concedida, a pessoa não é digna porque tem direitos, mas possui direitos porque é digna. A dignidade traduz, desta forma, tudo aquilo que se relaciona com a pessoa, que não é mensurável e que não pode ser substituído (Costa, 2018).

A dignidade encontra-se intimamente relacionada com a autonomia, podendo mesmo dizer-se que são inseparáveis, uma vez que a dignidade está associada a direitos, sendo um deles o direito ao exercício da autonomia ao longo da vida (Costa, 2018). Na ação de cuidar, ela traduz-se no direito pelo respeito da autonomia, intimidade, reserva, escolha livre e esclarecida.

Quaisquer que sejam as circunstâncias, espera-se que os enfermeiros sejam capazes de cuidar do outro com respeito pela dignidade que lhe é inerente, promovendo o seu bem-estar e protegendo-o de danos físicos e emocionais (Simões & Sapeta, 2018).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro²² e segundo o Artigo 97.º, n.º 1, alínea a) e Artigo 99.º, n.º 1, o enfermeiro tem o dever de exercer a sua profissão com o respeito pela vida, saúde, bem-estar e dignidade humana, reforçando que as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da dignidade e liberdade tanto da pessoa como do enfermeiro, devendo o profissional procurar o seu sentido de dignidade para poder olhar para os outros com dignidade.

Ora, segundo Barbosa, a pessoa é um ser único, agente intencional de comportamentos baseados nas suas experiências e quadro de valores, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Para além disso, é igualmente centro de processos não intencionais, como as funções fisiológicas, que acabam por ser influenciadas pela própria condição psicológica da pessoa que, por sua vez, é igualmente influenciada pela sensação de bem-estar e conforto físico (Barbosa, 2010). O cuidado exige competências e aptidões, acompanhado de uma conduta ética que permite descobrir a pessoa na sua singularidade e proteger a sua vida, respeitando-a, sem exercer poder sobre ela, pelo que a dignidade humana é o núcleo essencial dos direitos humanos (Barbosa, 2010).

O termo vulnerabilidade deriva do latim *Vulnus*, que significa ferida. No entanto a vulnerabilidade do ser humano não deve ser confinada à suscetibilidade do ser humano ser ferido. A vulnerabilidade significa a fragilidade e a precariedade a que o ser humano está exposto, única e exclusivamente por ser Homem (Almeida, 2014).

No exercício da vida, o Homem é diariamente exposto a múltiplos fatores que o afetam e lhe proporcionam situações de maior vulnerabilidade: adoecer, ser agredido, fracassar e até mesmo morrer. Somos seres vulneráveis, porque “viver humanamente também significa viver na vulnerabilidade e vivê-la na sua total e complexa realidade” (Almeida, 2014, p.88).

O uso mais comum do termo vulnerabilidade está relacionado com a experimentação científica ou, em saúde pública, associado a condições sociais e/ou ambientais, que tornam certas populações/ grupos vulneráveis (denominados como grupos de risco). Assim, surge a

²² Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

vulnerabilidade como um adjetivo, uma qualidade atribuída a pessoas/populações, que resulta de características ocasionais, esporádicas no decorrer do ciclo de vida (Almeida, 2014).

Este termo surge, também, na Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, como um princípio, o “respeito pela vulnerabilidade humana e integridade individual” (UNESCO, 2006, p. 8). Neste caso, a vulnerabilidade é apresentada como função adjectivante e como condição humana universal, uma vez que salienta a importância da proteção e cuidado das populações particularmente vulneráveis e apresenta a vulnerabilidade como condição humana, como parte integrativa do que é ser-se Homem (Almeida, 2014).

A RNCCI e a competência do cuidar com dignidade do Enfermeiro

Segundo o Artigo 4.º do Decreto-lei n.º 101, de 2006, a RNCCI tem como finalidade a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência, com o objetivo da melhoria das condições de bem-estar destas pessoas, a manutenção das capacidades das pessoas com perda de funcionalidade e autonomia, de modo a retardar o agravamento da dependência e promover o conforto e qualidade de vida. As pessoas que apresentam critérios para integração na RNCCI são aquelas que se encontram em situação de dependência funcional temporária, ou seja, a recuperarem de uma doença ou cirurgia, pessoas em situação de dependência funcional prolongada, pessoas idosas em situação de fragilidade (dependência e doença), pessoas com incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social e pessoas em doença severa, em fase avançada ou terminal (OE, 2009).

Os cuidados continuados integrados que são prestados, assentam na preservação dos direitos da pessoa à sua dignidade, privacidade, acesso à informação, não discriminação, integridade física e moral e no consentimento informado das intervenções realizadas (OE, 2009).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) “entre 2015 e 2080, de acordo com o cenário central de projeção: Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031.” (p.1). No foco desta problemática, encontra-se o decréscimo populacional dos jovens e o aumento da população idosa.

Estes números projetam ainda que o “índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080” (INE, 2017, p. 1).

A RNCCI, no final de 2016, era constituída por um total de 8.112 camas de internamento (Ministério da Saúde, 2016). Segundo a mesma fonte, ocorreu um crescimento de 8,4% no número de camas face ao ano anterior. Contudo, face ao envelhecimento populacional, é

notório que estes números tendam a aumentar, de forma a manter a capacidade de resposta efetiva. Espera-se, naturalmente, um reforço e requalificação dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde.

Apesar de ser uma rede que integra pessoas com dependência ao longo de todo o ciclo vital, é maioritariamente utilizada por pessoas idosas (Plano de Desenvolvimento da RNCCI, 2016-2019). Com o crescimento do número de pessoas idosas, cresce simultaneamente o número de familiares cuidadores. Torna-se ainda relevante acrescentar que, apesar das situações de dependência/doença, a maioria das pessoas idosas, deseja continuar a viver na sua casa, sendo crucial medidas que promovam o fenómeno “ageing in place”, dado que é em casa, no seu lugar que “cada um deve preferencialmente permanecer” (Plano de Desenvolvimento da RNCCI, 2016-2019 p.12).

A doença é muitas vezes a mais comum e evidente forma de demonstração da vulnerabilidade, uma vez que não se trata apenas de uma mudança física accidental, mas sim de uma profunda alteração do ser humano, exterior e interiormente. Adoecer significa também alterar expectativas, sonhos, objetivos de vida, emoções, valores e até mesmo crenças. Vivenciar uma situação de doença acarreta muitas vezes a sensação de dependência, de afastamento do mundo social e profissional (Almeida, 2014).

A RNCCI assenta sobre a garantia dos direitos da pessoa em situação de dependência, designadamente quanto à dignidade, sendo um direito humano. “A manutenção da dignidade é uma dimensão determinante para a recuperação do seu estado de saúde e manutenção ou melhoria da qualidade de vida” (Bacalhau, 2014, p.24) o que vai ao encontro do que é preconizado pelos cuidados continuados integrados e cuidados paliativos.

O respeito pela dignidade humana e pela liberdade de escolha sobre os cuidados de enfermagem, encontra uma clara correlação com os princípios do funcionamento da RNCCI, acima descritos. No Artigo 6.º do decreto de lei n.º 101 de 2006, constam os princípios da RNCCI, realça-se o princípio da “prestação individualizada e humanizada dos cuidados” o qual é concretizado, através dos cuidados de enfermagem holísticos e na preservação da dignidade humana.

Todas as unidades constituintes da RNCCI, de acordo com decreto de lei n.º 101 (2006), devem assegurar: a realização de atividades de manutenção e de estimulação das pessoas doentes; a prestação de cuidados de enfermagem diários; o acesso a cuidados médicos; a prescrição e a administração de medicação; o apoio do foro psicossocial; a avaliação fisiátrica periódica; o

acesso a cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; a animação sociocultural; os cuidados de higiene, conforto e alimentação; o apoio na realização das atividades de vida diária sendo que, este tipo de cuidados prestados nestas unidades, vai ao encontro das boas práticas de enfermagem, isto é, na prestação de cuidados no âmbito holístico, em que é realçada a singularidade da pessoa e executado um plano de cuidados de forma personalizada, que é crucial em todas as práticas de enfermagem, mas especialmente necessário na prestação de cuidados a pessoas idosas, pelo seu grau de vulnerabilidade e processo de aceitação da doença (Grilo, 2014).

Através do tipo de cuidados de saúde prestados pela RNCCI, é possível uma integração da pessoa na sociedade, minimizando a sua dependência e potenciando ao máximo as suas capacidades, permitindo sempre que possível, a integração no seu seio familiar (Monteiro de Sá, 2014). No que concerne ao trabalho dos enfermeiros em cuidados continuados integrados, que se traduz em cuidados de enfermagem, os mesmos têm como objetivos fundamentais: a promoção da saúde e a prevenção da doença, assim como o tratamento, a reabilitação e a reinserção social das pessoas a quem prestam cuidados, o que se assemelha aos objetivos da RNCCI (Grilo, 2014).

Conclusão

Transferimos para esta reflexão os conceitos de *Dignidade* e *Vulnerabilidade*, procurando a sua relação com a Enfermagem e adotando ou tendo por base um contexto particular, a RNCCI. Neste contexto particular, demos relevo à pessoa idosa, sobretudo pela sua singularidade e na medida em que temos hoje conhecimento que “não tem sido estimulada uma cultura de valorização da ancianidade”, sendo que “esta fase de vida está associada a particulares exigências de acompanhamento e de cuidados prolongados no tempo, incluindo especiais cuidados de saúde”. Reveste-se por isso, de especial importância, referir que “a tutela da dignidade da pessoa humana nesta fase da vida e nestas circunstâncias exige uma proteção acrescida dos seus direitos e uma atenção especial aos aspetos relacionais dos cuidados” (CNECV, 2014 p.2-9).

Os enfermeiros assumem um papel de relevância no âmbito da RNCCI e nas próprias unidades e equipas que a constituem, uma vez que o seu perfil de competências lhes permite intervir em determinados focos de atenção, como a gestão do regime terapêutico, a adesão, a dor, o autocuidado, o prestador de cuidados, o coping, a dignificação da morte, entre outras áreas de atenção que no contexto dos cuidados continuados integrados são fundamentais (Ribeiro,

2014). Em concreto, os deveres inerentes à humanização dos cuidados, estabelecidos no Artigo 89.º do Código Deontológico, ao prescrever que o enfermeiro deve “*dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade*” e que deve igualmente “*contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” deveres esses que se replicam nos princípios, objetivos e no modelo de intervenção dos Cuidados Continuados Integrados.

Bibliografia

- Almeida, C. (2014). A Representação da Vulnerabilidade Humana como motor para a Recuperação do Paradigma do Cuidar em Saúde.
- ARSLVT – Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) on-line em <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217> Março 2019
- Bacalhau, L. M. (2014). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Cuidar Centrado na Dignidade.
- Barbosa, S. M. (2010). Humanização dos cuidados de enfermagem – a perspetiva do enfermeiro. Ponte de Lima. Disponível on-line em: http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1934/13/PG_16661.pdf. Último acesso em: Março 2019
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2009). Conselho de Enfermagem. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- Referencial do Enfermeiro. disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20127/1/Tese%20Final_1.pdf (consultado 7 de março de 2019)
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 80/CNECV/2014. Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições (julho 2014). Disponível em <http://cnecv.pt>
- Costa, R. (2018). Dignidade da Pessoa Humana como Autonomia versus Dignidade como Valor Intrínseco. Disponível em <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/5700/1/RSCosta.pdf> (consultado 7 de março de 2019)
- INE (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2 (consultado 7 de Março de 2019)
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Publicado em Diário da República, 1.ª série, N.º 181, a 16 de setembro de 2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Lei n.º 101/2006, de 6 de junho Publicado em Diário da República, 1.ª série, N.º 109, a 6 de junho de 2006. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Grilo, E. N. (2014). Universidade Católica Portuguesa. O cuidar de enfermagem nos cuidados de longa duração.
- Ministério da Saúde (2016). *Relatório Anual – Acesso a Cuidados de saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/> (consultado 7 de março de 2019)
- Monteiro de Sá, J. A. (2014). Instituto Politécnico de Viana do Castelo- Escola Superior de Saúde. As intervenções do enfermeiro de uma unidade de cuidados continuados perante a dor crónica do doente paliativo.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar*- Ordem dos Enfermeiros.
- Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Ribeiro, R. M. (2014). Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Cuidados de Enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Satisfação dos Utentes e Cuidadores.
- Simões, A. & Sapeta, P. (2018). Promoção da dignidade no final da vida. *Revista Cuidados Paliativos*, 5(1), 76-83. Disponível em <https://www.apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos/revista-cuidadospaliativos-volume-5-n-1-julho-2018.html> (consultado 7 de março de 2019)
- UNESCO. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por (consultado 7 de março de 2019)

A Tradição Nefasta que Corta as Meninas: Mutilação Genital Feminina/Corte

*Fernanda Gomes da Costa Marques, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
fernanda.gomes@ess.ips.pt*

Resumo

A mutilação genital feminina constitui uma grave violação dos direitos fundamentais da mulher, comprometendo a sua saúde, em particular a saúde sexual e reprodutiva, o bem-estar físico e psicológico. Em virtude dos fluxos migratórios tem havido um aumento substancial no número de meninas e mulheres submetidas à prática de mutilação genital feminina que vivem na Europa e, consequentemente, também em Portugal, onde nos últimos anos, as comunidades residentes que praticam a mutilação genital feminina são principalmente originárias da África subsaariana. Apesar de se reconhecer esta realidade é, no entanto, difícil afirmar com exatidão quantas são as crianças e mulheres submetidas a esta prática ou em risco de o virem a ser. No âmbito dos sucessivos Programas Nacionais para a eliminação da mutilação genital feminina em Portugal, tem existido um investimento significativo na formação para profissionais de várias áreas no sentido de conhecer, dar resposta às situações encontradas e contribuir para a prevenção de novos casos. Na área da saúde têm sido realizadas consistentemente, nos últimos anos, formações com o objetivo de capacitar os profissionais para diagnosticar e registar no processo clínico os dados observados. O presente artigo visa dar uma panorâmica geral do fenómeno evidenciando a violência cultural a que estas meninas, raparigas e mulheres vivem sofrendo no silêncio da ignorância do que lhe aconteceu no seu país em que impera a pobreza.

Palavras chave: Mutilação Genital Feminina, Corte, Tradição nefasta

Introdução

Mutilação Genital Feminina ou Corte (MGF/C) é uma prática ancestral nefasta, enraizada culturalmente em várias zonas do mundo, essencialmente em países do nordeste de África, do Sudeste Asiático, do Médio Oriente, América Central e do Sul. Esta prática antiga, de cariz cultural, constitui em algumas sociedades africanas e asiáticas um ritual de passagem para a idade adulta de crianças e de adolescentes do sexo feminino e, simultaneamente é considerada pela comunidade praticante como sendo uma honra e um reconhecimento social da família da vítima e da própria vítima. Este momento de passagem é uma altura de festim que é erradamente confundido com preceito religioso, muitas vezes associado ao islamismo, sendo contudo uma prática realizada por católicos, judeus, muçulmanos e animistas embora não esteja descrito em qualquer livro sagrado (Bíblia, Tora e Corão).

A MGF/C ocorre tradicionalmente em países em (*sub*)desenvolvimento com graves carências em matéria de desenvolvimento humano, onde escasseiam políticas adequadas na educação e na saúde. As meninas, raparigas e mulheres são as que mais sofrem nestas regiões, onde se denotam violações graves dos direitos humanos, da integridade física, da proteção da menina, rapariga, mulher. É inegável que esta prática nefasta, constitui também uma descriminação de

género que afeta as mulheres, mas que incrivelmente para além de ocorrer num dia de comemoração social dos membros da comunidade ela é efetuada por outras mulheres, também elas vítimas de MGF/C. Estas mulheres excisadoras são mulheres respeitadas e detentoras de fortes poderes simbólicos e mágicos na comunidade. Elas são as detentoras da faca que lhes foi tradicionalmente deixada por outra mulher excisadora, que poderia ser sua mãe, tia, avó ou outra. Na Guiné-Bissau são denominadas por Fanatecas devido à cerimónia ser designada por “fanado grande”. Pode ser realizado individualmente, mas geralmente é realizada em grupo *“um grupo de meninas de uma determinada comunidade ou um grupo familiar que se organiza para executar o corte. Para a sacralização da cerimónia contribui a organização do ritual: o tempo que a mesma deve durar; a deslocação das meninas para um determinado lugar que se crê que tenha propriedades mágicas (perto de uma árvore, de um rio, de uma pedra, nos bosques, etc.); as regras alimentares e de vestuário; e os ensinamentos transmitidos durante esse período de tempo”* (Silva, 2015:7).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016), MGF/C define-se como *“qualquer procedimento que envolva a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos da mulher ou que provoque lesões nos mesmos por razões não médicas”*.

O corte é realizado sem nenhuma orientação ou sentido, pelo que o resultado final não é igual para todas as vítimas tornando-se necessário a sua classificação. Assim, a OMS procedeu à sua classificação em quatro tipos (do tipo I ao tipo IV) incluindo subtipos para melhor entendimento entre o/a observador/a da vítima e a sua descrição a outros profissionais de saúde visando a não exposição da vítima a múltiplos/as observadores/as. Em Portugal a Orientação da DGS para profissionais de Saúde sobre MGF (2012) segue a classificação da OMS, como se pode verificar nos seguintes quadros (1 e 2):

A idade em que a MGF/C é realizada varia de acordo com o país e a comunidade praticante. Esta pode ocorrer desde o nascimento à primeira gravidez, sendo mais comum entre os 4 e os 14 anos de idade. Importa referir que é normalmente realizada sem qualquer tipo de anestesia ou cuidados de higiene ou assepsia, sendo o corte efetuado com recurso a um objeto cortante que pode ser uma faca, um pedaço de vidro, uma lâmina ou uma navalha.

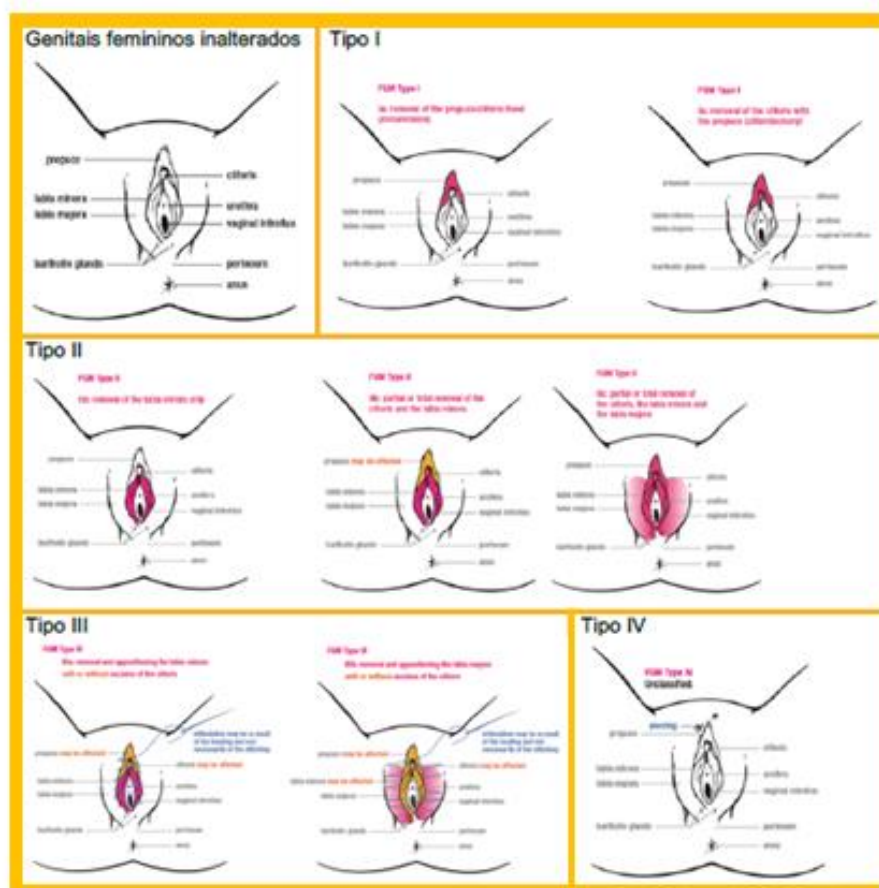
A MGF/C está envolta em crenças desvinculadas de fundamento religioso, mas que insiste nessa justificação, acata todo um ritual que acredita permitir às meninas, raparigas e mulheres das comunidades que a praticam, atestarem a certeza da sua castidade até ao casamento,

estarem protegidas de demónios, serem aceites pela comunidade, promoverem uma fiel vida marital e reprodutiva, castrada de impulsos de leviandade.

Tipo I	Remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio – Clitoridectomia
Tipo Ia	Remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris
Tipo Ib	Remoção do clítoris com o prepúcio
Tipo II	Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios - Excisão
Tipo II a	Remoção apenas dos pequenos lábios
Tipo II b	Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios
Tipo II c	Remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos e dos grandes lábios
Tipo III	Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris – Infibulação
Tipo III a	Remoção e aposição dos pequenos lábios
Tipo III b	Remoção e aposição dos grandes lábios
Tipo IV	Atos não classificados: todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/picar, perfuração, incisão/corte, escarificação e cauterização

Quadro 1. Classificação da Mutilação Genital Feminina quanto ao tipo (OMS, 2016)

Em termos de resposta à questão: Qual é a origem da prática da MGF/C? Verificamos que a datação histórica da prática da MGF/C no mundo, não é consensual, como se pode constatar em Frade¹ quando refere que a MGF/C poderá existir desde há cerca de 5000 anos, desde a Roma antiga, mas que tal-qualmente existem referências temporalmente mais recentes a esta prática no Reino Unido que se reportam ao século XIX. Também em Portugal, no estudo realizado na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa (FCSH-UNL), coordenado por Manuel Lisboa verifica-se que “*O primeiro documento encontrado que faz referência à MGF data de há 2200 anos atrás e reporta à existência de infibulações no Sudão, na costa oeste do Mar Vermelho. Na altura, no território do antigo Egito existiam sociedades fortemente estratificadas com métodos apertados de controlar a “fidelidade”, em especial nas famílias socialmente mais elevadas*” (Lisboa et al, 2015: 26).



Quadro 2. **Exemplificação da vulva com os diferentes Tipos de Mutilação Genital Feminina (OMS,2016)**

Apura-se, contudo, em todos os documentos passíveis de serem consultados, a consensualização de que a prática da MGF/C emergiu para controlar as mulheres e a sua fruição sexual no casamento e nas comunidades em que se inserem (Oberreiter, 2008).

Estima-se que mais de 200 milhões de meninas, raparigas e mulheres em todo o mundo vivem com MGF/C, logo com todas as possíveis sequelas físicas, psíquicas e sociais que a mesma, inerentemente, lhe impõe na sua saúde e bem-estar.

Apesar da sua alta prevalência mundial e das consequências para a saúde a ela associadas não se tem desenvolvido uma capacitação dos profissionais de saúde para saberem cuidar com qualidade e excelência as mulheres sujeitas a MGF/C. Desta forma importa sensibilizar os profissionais de saúde e de intervenção psicológica e de intervenção social a adquirirem conhecimentos sobre MGF/C e desenvolverem competências para saberem não só prevenir a não execução da MGF/C, mas também cuidar, sabendo identificar, avaliar e encaminhar as meninas, raparigas e mulheres sujeitas a MGF/C. Neste sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) continue a desenvolver informação (*guidelines*) baseada na evidência científica de modo a que cada vez mais existam profissionais mais competentes para atuar na prevenção

e no cuidar, que a população seja mais informada e tenha consciência do flagelo da MGF/C que acomete as mulheres e que a mesma não trás benefícios, nem bem da comunidade praticante, pois leva à patologia e mal-estar da população feminina da comunidade.

São muitas as complicações de saúde associadas à MGF/C, sendo que algumas se revelam para a mulher numa grave consequência incapacitante. A seriedade da sequela depende do tipo de mutilação e das condições em que foi realizada, denotando-se complicações de saúde reveladas a nível físico e psicológico, quer imediatas, quer a longo prazo. As ditas imediatas são as que ocorrem assim que o ato do corte se concretiza, nomeadamente a dor intensa, o choque hipovolémico provocado pela abundante hemorragia, as infeções ou choque séptico devido às condições ambientais e instrumentais insalubres em que o corte acontece, a infeção transmitida pelos utensílios de corte usados contaminados (entre as quais podemos referir o Vírus da Hepatite B – VHB, o Vírus da Imunodeficiência Humana-VIH, o Vírus da Hepatite C – VHC, à dificuldade na eliminação vesical por corte de parte da uretra ou por realização de fistula urogenital, à dificuldade na eliminação intestinal por corte no períneo ou por existência de fístula genitoanal, a haver uma retenção urinária aguda, a fratura óssea ou deslocamento ósseo ou dor intensa muscular provocada pela pressão exercida sobre a menina, rapariga ou mulher aquando da realização do corte e como complicação major, a morte (DGS, 2012:2)

Estudos internacionais contemporâneos revelam que existe uma lenta diminuição nos índices de crianças e jovens sujeitas à MGS/C em alguns países, fato que se deve à escolarização e empoderamento económico e social das raparigas e mulheres quer dentro dos seus países de origem quer nos países de acolhimento, pelo que atualmente, a nível mundial, as jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos têm menos probabilidades de terem sido submetidas à MGF/C (Lisboa *et al*, 2015).

Em Portugal, foi em 2002, através de uma reportagem do Jornal O Público, realizada pela jornalista Sofia Branco que se conheceu a realização de MGF/C em território nacional. Mais recentemente, em junho de 2017, os jornalistas Hugo Franco e Carolina Reis publicaram no semanário Expresso, uma reportagem bastante pormenorizada sobre a temática em Portugal e no mundo, onde também alertam para o fato de a MGF/C ocorrer no nosso país.

A OMS coloca Portugal entre os países em risco no que diz respeito à prática da MGF, pelo facto de nele residirem pessoas originárias de países onde esta prática é mais prevalente. As comunidades migrantes residentes e praticantes desta tradição em Portugal são principalmente originárias da Costa do Marfim, Egipto, Gâmbia, Guiné Bissau, Guiné Conacri, Nigéria e

Senegal, destacando-se a comunidade islamizada da Guiné Bissau, pelo que a OMS considera Portugal um país de risco no que respeita à prática de MGF/C (OMS, 2009).

O trabalho de diversas organizações e profissionais em Portugal tem permitido identificar e acompanhar meninas e mulheres sujeitas à prática dando resposta à convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica no seu artigo 38º, adotada em 11 de maio de 2011 que prevê explicitamente que os Estados Partes tomem as medidas legislativas ou outras necessárias para assegurar a criminalização desta prática.

O estudo de Lisboa (2015) visou o conhecimento das características e das prevalências do fenómeno a nível nacional através do levantamento de dados a nível qualitativo e quantitativo. Sendo único no país o referido estudo permitiu haver conhecimento das causas, representações, percepções e contextos socioculturais que contribuem para a manutenção desta prática que constitui uma violação da integridade física e dos direitos do género feminino.

A Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não-Discriminação 2018-2030-Portugal+Igual assume como uma das suas orientações o combate às práticas tradicionais nefastas, nomeadamente a MGF/C. Prevê para esse fim medidas específicas no âmbito do Plano de Ação para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica 2018-2021, sendo uma destas medidas a continuada realização de formação de Profissionais de Saúde e dos outros profissionais relevantes (ex: psicólogos, assistentes sociais...) na erradicação da MGF/C. É neste contexto que a Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) realiza o III Curso de Pós-Graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina 2018-2019 que resulta do Protocolo de Parceria entre a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, o Alto Comissariado para as Migrações a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a Direção-Geral da Saúde e a Associação para o Planeamento da Família, com 29 formandos/as. Com já 59 profissionais pós-graduados pela ESS-IPS e mais cerca de 60 provenientes dos dois cursos concretizados de Pós-Graduação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, visa-se um grupo de profissionais capacitados para sensibilizar os seus pares através de formação interna nos seus contextos de trabalho e competentes para atuar no âmbito da prevenção, identificação e avaliação numa prestação de cuidados de excelência e qualidade dirigidos ao foco de atenção que é a mulher (menina, rapariga) em risco de poder ser mutilada ou a que sofre das consequências desta tradição nefasta à sua saúde e bem-estar.

Conclusão

As mulheres sobreviventes da Mutilação Genital Feminina, ficam não só com as sequelas psicológicas como com as sequelas físicas que quotidianamente as faz recordar da prática tradicional a que foram submetidas, e alheada à sua vontade. Estas quando recorrem às unidades de saúde por causas patológicas do foro urogenital ou aquando do acompanhamento de uma gravidez são assistidas por médicos/as, enfermeiros/as que devem ter conhecimento científico das consequências que esta prática provoca nas vulvas das mulheres para melhor poderem cuidar e encaminhar quando a situação requer o acompanhamento psicológico ou até mesmo social. A formação académica dos profissionais de saúde com os Cursos de Pós-Graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina, que têm acontecido quer na escola promotora do seu plano de estudos, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa quer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, promovida pela tutela da Secretaria de Estado da Cidadania e Igualdade, do Alto Comissariado para a Migração, da Direção-Geral da Saúde e da Associação do Planeamento para a Família têm contribuído para a capacitação dos profissionais e para que estes possam realizar formação pelos pares nos seus contextos de trabalho através dos Projetos de Intervenção-ação que levam desenhados e inicialmente implementados sob a tutoria da coordenação dos cursos.

Bibliografia

- Associação para o Planeamento da Família (APF) www.apf.pt [acesso em 2019 jan 18]
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) www.cig.gov.pt [acesso em 2019 jan 18]
- Direção-Geral da Saúde (DGS) www.dgs.pt [acesso em 2019 jan 12]
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientação para Profissionais de Saúde sobre Mutilação Genital Feminina* [Internet]. Divisão da Saúde Sexual Reprodutiva Infanto Juvenil. [acesso em 2019 jan 12] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0022016-de-18032016-pdf.aspx>
- Frade, A. Martingo, C. et al (2007). *Por Nascer Mulher. Um Outro Lado dos Direitos Humanos* [Internet]. Associação para o Planeamento da Família. [acesso em 2019 jan 12] Disponível em: http://umarfeminismos.org/images/stories/mgf/Alice_Frade_2008.pdf
- Lisboa, M. (coord.) et al (2015). *Mutilação Genital Feminina: Prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação* (Relatório Final). [acesso em 2019 jan 11] Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf
- Oberreiter, J. A. (2008). *A cut for lifetime: The case of female genital mutilation among the community of Guinea Bissau in Lisbon*. Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos e Democratização [Internet]. Faculdade de Direito da Universidade Nova Lisboa. [acesso em 2019 jan 12] Disponível em: http://umarfeminismos.org/images/stories/mgf/Julia%20Oberreiter_A%20cut%20for%20a%20lifetime.%20The%20case%20of%20FGM%20among%20the%20community%20of%20Guinea%20Bissau%20in%20Lisbon.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Mutilação Genital Feminina. Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currículos de Profissionais de Saúde – Manual de Formação* [Internet]. Associação para o Planeamento da Família. [acesso em 2019 jan 12] Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/Manual_FINAL_para_web.pdf

Organização Mundial de Saúde (2018). Care of Girls & Women Living With Female Genital Mutilation. A Clinical Handbook. [Internet]. [acesso em 2019 jan 12] Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>

Silva, C. (2015). *Mutilação Genital Feminina: Percepções de Jovens guineenses residentes em Portugal e de profissionais com experiência na Guiné-Bissau.* [Internet]. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas do Porto. [acesso em 2019 jan 16] Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4917/1/Carina%20Silva%20-%20Disserta%20a7%20a3o%20FINAL.pdf>

Debatendo as Políticas e Intervenções para os Grupos mais Desfavorecidos

Ana Rolo, ana.rolo@esce.ips.pt

Patrícia Argüello, patricia.arguello@ess.ips.pt

Resumo

O envelhecimento da população, a pobreza e a exclusão social são alguns dos principais flagelos com que a sociedade portuguesa hoje se debate. Para dar resposta a estes problemas aos quais o estado social já não conseguia responder, foram criadas (pela constituição de 1976 (art.º n.º 63)), as organizações sociais designadas por Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS, constituídas por iniciativa exclusivamente privada, sem fins lucrativos, que surgiram como forma de responder às necessidades dos cidadãos em situação de vulnerabilidade social e apresentam como objetivo promover a igualdade e a justiça social – economia social, atuando nos domínios da segurança social, educação e saúde.

Neste sentido, o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) identificou a oportunidade de desenhar um Curso Técnico Superior Profissional nesta área social, tendo sido concebido o Curso Técnico Superior de Apoio à Gestão de Organizações Sociais (CTeSP AGOS), resultante de uma parceria entre a Escola Superior de Ciências Empresariais e a Escola Superior de Educação. Esta última também apresenta como oferta formativa, nesta área, o Curso Técnico Superior Profissional em Serviço Familiar e Comunitário.

Nesta comunicação, pretende-se apresentar o CTeSP de AGOS salientando o seu contributo para a gestão de organizações sociais, mais profissional e otimizada, e para a promoção do debate das políticas e intervenções para os grupos mais desfavorecidos, fomentando a aproximação entre o IPS e a comunidade. Em suma, pretende-se descrever a forma como as políticas e intervenções para grupos desfavorecidos são trabalhadas com os estudantes do CTeSP de AGOS, em particular nas unidades curriculares de estágio e de seminário de projeto, e como os estudantes as percecionam.

Palavras chave: Pobreza, Gestão, Organizações Sociais.

Introdução

O Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP) em Apoio à Gestão de Organizações Sociais (AGOS), lecionado pela Escola Superior de Ciências Empresariais (ESCE) em parceria com a Escola Superior de Educação (ESE), faz parte da oferta formativa do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). Este curso confere uma formação de nível 5 ISCED (*Short-cycle tertiary education* – 120 ECTS), orientada para o mercado de trabalho das organizações do Terceiro Setor, que segundo Braga (2018), se distingue dos restantes setores de atividade económica por: não distribuir lucro; não pagar impostos (como faria uma empresa privada); ser mais democrático e coletivo; ser equitativo; e ter como finalidade criar meios de autonomia e capacidade de decisão. Por outro lado, distingue-se do Estado e das ‘forças de mercado’ uma vez que é uma organização não-estatal, mas que beneficia de financiamento do Estado, e, ao mesmo tempo, não procura obter lucro para si mesma.

O plano de estudos do curso encontra-se organizado numa base semestral ao longo de dois anos, sendo constituído por unidades curriculares (UC) lecionadas com uma forte componente prática nas áreas da gestão e do empreendedorismo social, conciliada com conhecimentos fundamentais nas áreas de intervenção social e trabalho comunitário. O curso compreende ainda uma formação em contexto de trabalho que culmina com a realização de um estágio curricular de 600h de trabalho numa organização social. O objetivo do curso é o de formar profissionais com um conjunto de competências que lhes permitam apoiar as direções e corpos sociais das organizações do Terceiro Sector, colaborando ativamente nos seus processos de organização e gestão, com vista a um desempenho mais profissional, equilibrado e sustentável destas organizações, no âmbito do cumprimento da sua missão social. Os técnicos em AGOS ficam habilitados para “conceber, analisar e gerir, do ponto, de vista funcional e financeiro, os projetos e atividades da organização com fins sociais; elaborar e gerir planos de atividades, relatórios, orçamentos e candidaturas a programas de apoio a projetos sociais, podendo vir a assumir as funções de encarregado ou secretário geral da organização” (DR 2ª série nº33 – Aviso nº 2089/2018, 15 de fevereiro de 2018, P. 5155). (ESCE|AGOS, 2019)

Áreas de Intervenção

Como é referido na definição dos objetivos do curso, o foco de atenção deverá ser orientado para o mercado do trabalho do Terceiro Setor, “colaborando ativamente nos seus processos de organização e gestão, com vista a um desempenho mais profissional, equilibrado e sustentável destas organizações no âmbito do cumprimento da sua missão”, (ESCE|AGOS 2019) de forma a melhorar as condições de vida das pessoas, algumas delas em situação de pobreza. Vivenciar em momentos de estágio as funções e os diferentes papéis que os seus dirigentes realizam, o seu carácter simbólico permitirá que estas aprendizagens em contexto de trabalho possam trazer um novo prisma de análise baseado nos territórios que os estudantes frequentam, procurando a redescoberta destas instituições como construções humanas e sociais. Muitos dos utentes de instituições sociais sofrem de exclusão social ou relacional, na medida em que muitas vezes estão afastados das famílias e consequentemente dos afetos. São pessoas carentes, fragilizadas e vulneráveis, com as quais os técnicos de AGOS irão direta ou indiretamente interagir.

A formação destes profissionais, que requer diferentes intervenientes, quer formadores quer atores/organizações institucionais e supervisores que, em conjunto, promovam dinâmicas de intervenção no terreno, procurando que os estudantes desenvolvam capacidades de análise dos

problemas de forma a promover as soluções mais adequadas, tendo em conta os projetos de cada instituição e os contextos em que estas se inserem constitui uma mais valia para as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), onde os recursos são sempre escassos, e ao nível dos recursos humanos muitos dependentes do voluntariado.

Outro elemento fundamental nestas organizações é o público que servem, desde a infância até à idade “sénior” em respostas sociais que abrangem todo o ciclo do desenvolvimento humano e muitas outras situações de vulnerabilidade (desempregados, pessoas sem abrigo, pessoas sem trabalho, etc). Estas situações vivenciadas pelos nossos estudantes são acompanhadas pelos supervisores no terreno que apoiam a sua inserção consciente nestas dinâmicas institucionais, aceitando a ideia da primazia do individual valorizando a especificidade de cada contexto.

Assim, estes estudantes preparados em termos teóricos e práticos durante 3 semestres nas áreas mencionadas, podem levar para as instituições o conhecimento atualizado que permita o reforço das estratégias de informação e comunicação, dentro e fora da instituição, procurando melhorar a ênfase nas relações interativas a nível das redes sociais, de comunicação e informação, integrando equipas multidisciplinares para promover ações de sensibilização, esclarecimento e divulgação das diferentes problemáticas do desenvolvimento local e da população em geral. Podem também, participar na organização e gestão de programas de promoção cultural, técnica e de carácter económico, social e de recursos humanos. Em resumo aprendem a fazer parte da avaliação de projetos sociais a nível do processo formativo, das ações concretizadas e dos resultados obtidos.

É importante sublinhar que a formação destes Técnicos Superiores Especializados deve estar em sintonia com as transformações que se vão produzindo na sociedade, o que nos obriga a uma atualização constante dos temas a abordar e à definição de estratégias adequadas na formação dos profissionais que correspondam de forma adequada aos desafios do desenvolvimento local e regional do País.

Contextos de Aplicação Prática

As atividades desenvolvidas durante o estágio em organizações sociais constituem um verdadeiro desafio aos estagiários, muitos dos quais apenas tinham conhecimento teórico das situações que o estágio lhes permitiu vivenciar na prática. Desta forma procurou-se, ao longo deste percurso de inserção dos estudantes nos diferentes estágios, encontrar instituições que possibilitem, de acordo com o referencial de competências a nível dos conhecimentos, das

aptidões e atitudes e ao longo do estágio, aprofundar e desenvolver uma prática que os coloca, em muitas situações, desafiantes e fora da sua zona de conforto.

A ESCE tem protocolos com cerca de 45 instituições no âmbito do CTeSP de AGOS. As organizações protocoladas desenvolvem todas elas um papel essencial no combate à pobreza, discriminação e exclusão social, entre outros flagelos e necessidades (Quadro nº1).

Quadro nº 1 – Caracterização das Instituições - Estágios 2019.

Instituição de Estágio	Áreas de Intervenção das Instituições
ACM/YMCA Setúbal	Movimento Social que visa promover a capacitação dos jovens, em ordem à sua realização pessoal e à sua participação no desenvolvimento da sociedade.
Associação de Professores e Amigos das Crianças do Casal das Figueiras	Visa a resposta a problemas de insucesso escolar e de exclusão social.
Associação de Socorros Mútuos	Visa prestar cuidados de saúde e na área social com qualidade a todos os seus utentes, através de boas práticas, de forma a promover a qualidade de vida de todos os seus associados e utentes em geral.
Associação NÓS	Visa promover a inclusão social de pessoas com deficiência ou envolvidas em outra situação de desvantagem social.
Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo	Acessível às pessoas e às instituições, o município disponibiliza toda a informação, bem como os seus serviços, de forma aberta e transparente à comunidade em diversas áreas.
Centro Jovem Tabor	Visa prestar um serviço mais adequado e eficaz na educação e inserção de jovens em situação de risco e/ou exclusão social, bem como prevenir tais situações através da promoção da inclusão social e de alternativas ao internamento institucional.
Centro Paroquial Padre Abílio Mendes	Visa o apoio domiciliário a idosos e centro de dia.
Centro Social Padre Ricardo Gameiro	Visa a ação centrada na dignidade humana, promovendo respostas sociais que visam o crescimento e promoção de cada indivíduo, através de valores cristãos: ética, igualdade e solidariedade.
EAPN/Portugal Núcleo Distrital de Setúbal	Visa contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e solidária, em que todos sejam corresponsáveis na garantia do acesso dos cidadãos a uma vida digna, baseada no respeito pelos Direitos Humanos e no exercício pleno de uma cidadania informada, participada e inclusiva.
Associação para Formação Profissional e Desenvolvimento do Montijo – AFPDM	Formação profissional e desenvolvimento do Montijo RSI.
Hospital de Setúbal	Visa a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.
Junta de Freguesia São Sebastião	Disponibiliza diversos serviços à comunidade.
Liga Portuguesa Contra o Cancro	Visa o apoio ao doente oncológico e família, na promoção da saúde, na prevenção do cancro e no estímulo à formação e investigação em oncologia.
O Cogumelo - CARITAS	Visa assegurar a prestação de serviços a crianças e à comunidade, nas valências de creche, educação pré-escolar e ATL.

A caracterização dos estágios é monitorizada pelo gabinete de estágios e pela diretora de curso e permite perceber o tipo de atividades que estes estudantes realizam em diferentes instituições do distrito de Setúbal. Esta caracterização assume um papel importante, na medida em que é através dela que será possível perceber os campos de trabalho destes profissionais nos contextos das respostas sociais locais. A diversidade dos contextos de estágio apresentados (Quadro1) permite-nos perceber que no contexto prático será possível estabelecer relações entre a questão social e as diferentes formas de gestão de cada uma destas organizações sociais, cada uma delas com as suas dinâmicas específicas promove a caracterização do mercado de trabalho nestas áreas e a necessidade e exigência de mais qualificações e uma atualização constante de conhecimentos a nível destas áreas de saber. Ao acompanharem o dia-a-dia destas organizações sociais, os estagiários têm pela primeira vez contacto com uma realidade social desconhecida por muitos até então; grupos vulneráveis constituídos por crianças, idosos, pessoas portadoras de deficiência, desempregados e cidadãos marginalizados e discriminados pela sociedade, muitos deles, pela sua condição, enfrentam situações de pobreza e exclusão. As funções desempenhadas são diversificadas e vão desde o apoio administrativo, gestão documental, arquivo digital, contabilidade, orçamentação, tesouraria, gestão de recursos humanos, marketing e comunicação, logística, formação, organização de eventos até ao desenvolvimento de projetos de responsabilidade social.

Alguns dos estagiários tiveram a oportunidade de participar em reuniões dos CLAS – Conselhos Locais de Ação Social, constituídos por diversas instituições sociais e visam funcionar como uma forma de parceria estratégica para promover o desenvolvimento social dos territórios, a promoção da eficácia das respostas sociais existentes e a qualificação da intervenção social, uma experiência única e muito enriquecedora onde puderam discutir as políticas e intervenções para os grupos mais desfavorecidos.

Para além do estágio, a unidade curricular de “Seminário de Projeto”, que visa preparar a escolha do local de estágio, tem como foco a sensibilização para os problemas sociais através da organização de seminários com representantes de organizações sociais que vêm partilhar com os estudantes os seus desafios diários. Para além disso os estudantes têm que realizar um trabalho de campo, visitando uma organização social à sua escolha que têm que caracterizar e é-lhes ainda solicitado que identifiquem um problema e, através da metodologia PBL – *Problem Based Learning* (Ribeiro, 2008), apresentem soluções possíveis para a resolução do mesmo.

Este ano foi ainda desenvolvido um projeto com vista à angariação de fundos para apadrinhar crianças em Moçambique. A “*The Big Hand*” foi a organização que os estudantes escolheram e o projeto foi conduzido por quatro equipas de trabalho nas áreas de marketing (promoção e divulgação), financeira (orçamento e tesouraria), logística (gestão de stocks) e comercial (vendas e stand). Pretendeu-se com este projeto estimular o contributo cívico e a ação social, para além da prática das diferentes funções de gestão estudadas. Ao nível do projeto IPS Solidário, os alunos do CTeSP de AGOS foram ainda convidados a participar nas ações do Banco Alimentar, atividade de caráter voluntário que mobiliza cada vez mais estudantes.

Conclusão

As Organizações Sociais são, na sua maioria, geridas por profissionais com formações diferenciadas, ligadas principalmente à área social pelo que a carência de recursos qualificados na área da gestão é uma realidade bem presente no dia-a-dia destas instituições. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio, para além da componente formativa, constituem uma verdadeira ação social que visa contribuir para a construção de uma sociedade mais humana e preparada para enfrentar os desafios que se avizinham.

Podemos assim concluir que a intervenção dos estagiários do CTeSP de AGOS contribui para a mudança de paradigma e para a gestão mais profissional e otimizada das organizações sociais, ancorada em critérios de eficiência e eficácia que contribuirá para otimizar a utilização dos recursos e que, direta ou indiretamente, irá ter impacto na promoção da qualidade de vida e do bem-estar das comunidades locais do distrito de Setúbal e no debate das políticas e intervenções para os grupos mais desfavorecidos, contribuindo igualmente para fomentar a aproximação entre o IPS e a comunidade.

Até há dois anos, quando os primeiros estagiários do curso, cuja primeira edição teve início no ano letivo 2015-2016, foram colocados (em fevereiro de 2017), o curso era completamente desconhecido; as instituições não sabiam o que esperar destes alunos. É com orgulho que hoje recebemos os pedidos de oferta de estágio das instituições, que reconhecem o potencial e as competências dos técnicos de apoio à gestão de organizações sociais como uma mais valia para as mesmas, na medida em que levam para as instituições um conhecimento atualizado que permite o reforço das estratégias de informação e comunicação, dentro e fora da instituição.

Bibliografia

- BRAGA, Beatriz S. (2018). A educação para o desenvolvimento na visão das ONGD portuguesas: estudos de caso. Lisboa: ISCTE-IUL. Dissertação de mestrado. url: [www:<http://hdl.handle.net/10071/17286](http://hdl.handle.net/10071/17286). Consult. 20/03/2019.
- ESCE|AGOS, 2019 - <https://www.esce.ips.pt/cursos/ctesp/agos> (consultado em 28 de março de 2019).
- RIBEIRO, Luis Roberto de Camargo (2008). Aprendizagem baseada em problemas (PBL): uma experiência no ensino superior. EdUFSCar. ISBN: 9788576001140. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788576002970>.
- SANTOS, F., Lopo de Carvalho, I., & Salvado J. (2013). Manual para transformar o mundo. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SANTOS, Márcia R. C. dos (2017) - Gestão do risco nas organizações da economia social: abordagens estratégicas e seu efeito no cumprimento dos objetivos de impacto social. Lisboa: ISCTE-IUL, 2017. Tese de doutoramento. url: [www:http://hdl.handle.net/10071/17633](http://hdl.handle.net/10071/17633). [Consult. 22/03/2019].
- SCHIEFER, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Dobel, R., Nogueira, J. & Teixeira, P. (2007). Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos. São João do Estoril: Principia.

Sobre a Medição Desagregada e Compósita do Desenvolvimento – Uma Aplicação a Portugal

*Sandrina B. Moreira,
Instituto Politécnico de Setúbal
(CICE, ESCE/IPS) e BRU-IUL (Business Research Unit),
sandrina.moreira@esce.ips.pt*

Resumo

A avaliação quantificada do nível de desenvolvimento de espaços económicos (usualmente países/regiões) reveste-se, indiscutivelmente, de uma elevada complexidade. É crescentemente reconhecida a necessidade de consideração de uma perspetiva multivariada deste fenómeno, que ultrapasse a sua avaliação mediante a utilização exclusiva de indicadores de síntese como o rendimento per capita ou mesmo de indicadores compósitos construídos a partir de um grupo limitado de variáveis de base, de que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/HDI) constitui apenas a referência mais difundida nesse âmbito. É neste contexto que se insere o presente artigo, através do qual procuramos dar um contributo adicional para o debate atual sobre a avaliação quantificada do conceito de desenvolvimento preconizando duas formas complementares de medição do fenómeno: uma que explora, de forma individual, cada uma das dimensões do desenvolvimento, considerando conjuntos de indicadores que captam cada uma delas; outra que analisa, conjuntamente, os principais elementos constitutivos do fenómeno mediante a utilização de um indicador compósito do desenvolvimento, suficientemente abrangente da multidimensionalidade que o caracteriza. Propomo-nos, ainda, ilustrar a abordagem que adotamos na medição do desenvolvimento com base em evidência para Portugal. Para uma leitura mais desagregada e mais “fina” do desenvolvimento, a nossa escolha recai na panóplia de indicadores decorrentes do quadro global de indicadores adotado pelas Nações Unidas para monitorizar o progresso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS/SDG) da Agenda 2030. Em complemento, consideramos também o ranking de competitividade global (WCS) do International Institute for Management Development (IMD), assumindo como referência um conceito de desenvolvimento entendido no seu sentido mais lato e a consideração de índices que melhor incorporam a multidimensionalidade do conceito (e de forma mais abrangente que o IDH).

Palavras-chave: Desenvolvimento, Multidimensionalidade, Medição, Indicadores, SDG, WCS, Portugal

1. Introdução

O conceito de desenvolvimento é, inquestionavelmente, um dos mais complexos e mais debatidos na literatura. Frequentemente, essa complexidade tem conduzido a uma concentração da análise na dimensão estritamente económica do fenómeno, identificando desenvolvimento com crescimento. No âmbito da avaliação quantitativa do nível de desenvolvimento, a implicação desta estreita ligação entre os dois conceitos consiste na utilização, de forma sistemática, de indicadores de crescimento económico, em particular, do nível de rendimento per capita enquanto medida sumária do desenvolvimento.

Contudo, as últimas décadas, nomeadamente a partir da década de 1970, assistiram a uma preocupação crescente no alargamento do espetro conceptual do desenvolvimento, tornando mais explícita a relevância de outras dimensões como a social, a humana, a ambiental, entre outras. Neste contexto não surpreende a emergência, sobretudo a partir da década de 1990, de um vasto leque de indicadores que procuram corresponder à multidimensionalidade que se

encontra reconhecidamente associada ao nível da sua conceptualização. O sobejamente conhecido Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/HDI) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/UNDP) – consistindo na agregação de indicadores representativos das dimensões saúde, educação e rendimento – constitui apenas o exemplo mais difundido de uma multiplicidade de indicadores compósitos do desenvolvimento hoje disponíveis.

Este artigo centra-se na avaliação quantificada do nível de desenvolvimento de países ou regiões, percecionado no seu sentido mais amplo. Nele procuramos ilustrar a abordagem de medição que preconizamos, de apresentação de um perfil quantitativo do desenvolvimento, simultaneamente, de forma desagregada e compósita. Para o efeito, organizámos o artigo em quatro partes fundamentais. A secção 2 sintetiza a problemática do desenvolvimento, mediante diferentes considerações de natureza teórica e conceptual que alicerçam uma noção lata de desenvolvimento. A secção 3 apresenta a perspetiva multivariada de medição do desenvolvimento, enquadrada numa breve referência ao estado da arte a esse respeito. A secção 4 remete para uma aplicação da medição multivariada do desenvolvimento a um caso concreto, Portugal. Finalmente, a secção 5 apresenta algumas considerações finais.

2. Problemática do Desenvolvimento

O conceito de desenvolvimento é variável no tempo e no espaço. De acordo com Sen (1988), a valorização das diferentes vertentes passíveis de serem consideradas como contributos para o desenvolvimento envolve problemas de dois tipos: por um lado, essas valorizações diferem de pessoa para pessoa (value-heterogeneity) e, por outro, a mudança inerente ao processo de desenvolvimento altera, ela própria, essas valorizações (value-endogeneity).

O entendimento acerca deste fenómeno pode variar no tempo, entre países e até entre indivíduos. Contudo, subjacente ao conceito de desenvolvimento e ao seu entendimento, está, normalmente, a presença de um leque de dimensões que transcendem o nível de vida material dos indivíduos, como a liberdade, a equidade, a saúde, a educação, um ambiente são, entre outras.

As diferentes perspetivas presentes no termo “desenvolvimento” são, igualmente, relevadas pela adjetivação que, frequentemente, lhe é associado, em função da ótica de análise adotada, desde as tradicionais designações de “desenvolvimento económico”, ou mesmo de “desenvolvimento sócio-económico”, passando pela sua análise ao nível de entidades locais,

regionais, nacionais ou internacionais, até à proliferação de uma variedade enorme de adjetivos acoplados à palavra “desenvolvimento”, especialmente, a partir da década de 1970.

Definições de desenvolvimento económico, como a de Adelman (1961), ainda permanecem, largamente, aceites nos dias de hoje:

“the process by which an economy is transformed from one whose rate of growth of per capita income is small or negative to one in which a significant self-sustained increase of per capita income is a permanent long-run feature” (Adelman, 1961: 1).

No entanto, a aceção de desenvolvimento económico conheceu várias versões desde o seu nascimento (associado ao segundo pós-guerra), tornando-se, progressivamente, mais complexa e multifacetada. Uma definição mais próxima da conceção atual de desenvolvimento económico, em que o autor sublinha a importância de não confundir fins com meios, dado que *“money is no more than an instrument in the realization of an objective”* (Sen, 1999: 41), é a seguinte:

“un processus endogène et cumulatif de long terme de progrès de la productivité et de réduction des inégalités, en intégrant des coûts humains et environnementaux acceptables, permettant à un nombre croissant de passer d'une situation de précarité, de vulnérabilité et d'insécurité à une situation de plus grande maîtrise de l'incertitude, des instabilités et de satisfaction des besoins fondamentaux grâce à l'acquisition de droits, à la mise en œuvre d'organisations et d'institutions et de modes de régulations permettant de piloter des systèmes complexes” (Hugon, 2006: 31).

No contexto das abordagens alternativas ao desenvolvimento, dos últimos 45 anos – no sentido em que não se circunscrevem a uma leitura assente no rendimento per capita – novos conceitos de desenvolvimento se foram estruturando – conceitos assentes numa perspetiva multidimensional e interdisciplinar –, vindo a estabilizar nos conceitos de desenvolvimento sustentável, local, participativo, humano e social.

A definição de desenvolvimento sustentável apresentada no relatório de Brundtland, concluído em 1987 e publicado pela Comissão Mundial para o Ambiente e Desenvolvimento (WCED), das Nações Unidas, é aquela que acolhe maior recetividade internacional:

“development that meets the needs of the present generation without compromising the ability of future generations to meet their own needs” (WCED, 1987: 43).

Uma formulação aprofundada do conceito de desenvolvimento local é a seguinte:

“um processo de mudança, centrado numa comunidade territorial, que parte da constatação de necessidades não satisfeitas, às quais se procura responder prioritariamente a partir das

capacidades locais, o que pressupõe uma lógica e uma pedagogia de participação, em articulação necessária e fertilizadora com recursos exógenos, numa perspectiva integrada e integradora, o que implica uma dinâmica de trabalho em parceria, com um impacto tendencial em toda a comunidade e com uma grande diversidade de caminhos, protagonismos e soluções” (Amaro, 1999: 38).

O desenvolvimento local sublinha a importância da participação, embora atribua grande importância aos conceitos de território e comunidade, distinguindo-se, assim, do desenvolvimento participativo, em que ambas as dimensões não aparecem como referência. Por sua vez, o pilar decisivo do desenvolvimento participativo é o envolvimento das pessoas – efetivado de forma individual ou em grupo – que remete, diretamente, para a ideia de participação, i.e. de o desenvolvimento ter a população como protagonista. Desenvolvimento participativo não é apenas uma melhoria genuína e duradoura das condições de vida e de existência, mas também uma luta política pelo empowerment dos indivíduos (Friedmann, 1996).

O conceito de desenvolvimento humano foi, pela primeira vez, apresentado, em 1990, pelo PNUD:

“a process of enlarging people’s choices. In principle, these choices can be infinite and change overtime. But at all levels of development, the three essential ones are people to lead a long and healthy life, to acquire knowledge and to have access to resources needed for a decent standard of living. If these essential choices are not available, many other opportunities remain inaccessible” (UNDP, 1990: 10).

Por último, os compromissos de política social, decorrentes da filosofia do desenvolvimento humano, foram assumidos na Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Social, organizada pelas Nações Unidas, em 1995, dando origem ao conceito de desenvolvimento social. Os países-membros comprometeram-se a promover a dimensão social do bem-estar, através da introdução de mínimos sociais como o salário mínimo, o rendimento mínimo (garantido ou de inserção), a pensão social mínima, a escolaridade obrigatória, o plano nacional de saúde, entre outros mínimos de bem-estar social.

Num esforço de síntese, Amaro (2003) propõe o agrupamento dos conceitos de “desenvolvimento sustentável”, “desenvolvimento local”, “desenvolvimento participativo”, “desenvolvimento humano” e “desenvolvimento social” (apresentados por ordem cronológica) em três grandes categorias ou “fileiras” conceptuais, a saber: (i) a fileira ambiental; (ii) a fileira das pessoas e das comunidades; (iii) a fileira dos Direitos Humanos e da dignidade humana;

possibilitando, assim, que se recuperem outras expressões que adjetivam o desenvolvimento e que precederam àquelas cinco.

Em contraposição aos diferentes conceitos de desenvolvimento que têm emergido na literatura ao longo das décadas mais recentes, Lopes (2002) sugere que desenvolvimento é desenvolvimento regional, local, humano e tem de ser sustentável, se não, não é desenvolvimento; só há um conceito de desenvolvimento, não sendo, por isso, necessário, podendo ser mesmo redutor, adjetivá-lo. Nesta perspetiva de análise, desenvolvimento é um conceito abrangente e aglutinador das diferentes perspetivas que o mesmo integra.

Reconhecendo a relevância da riqueza de reflexões e propostas dos últimos 45 anos – que, globalmente, se traduz num ponto de viragem fundamental em relação às tradicionais abordagens e práticas do desenvolvimento – mas, em especial, das conceções atuais de desenvolvimento económico, sustentável e humano, a posição que assumimos ao longo do presente artigo é mais próxima desta última perspetiva. Daqui decorre que assumimos como referência uma noção lata de desenvolvimento.

Para além da sua complexidade própria, a definição de desenvolvimento confronta-se ainda com a dificuldade em dissociar esse conceito de outros, que são, recorrentemente, usados na literatura especializada. Referimo-nos, em particular, a conceitos como bem-estar e qualidade de vida ou outros conceitos aproximados de desenvolvimento. Deste leque de abordagens conceptuais não têm emergido definições inequívocas e plenamente esclarecedoras, sendo de salientar, sobretudo, a existência de uma acentuada ambiguidade na utilização destes conceitos.

Simon (2003) define desenvolvimento, em termos amplos, como “*a diverse and multifaceted process of predominantly positive change in the quality of life for individuals and society in both material and non-material respects*” (Simon, 2003: 8). Perante esta definição, Morse (2004), por exemplo, questiona os termos “mudanças positivas” e “qualidade de vida”, adiantando que, em última análise, não é possível evitar os chamados juízos de valor. De facto, desenvolvimento é, necessariamente, um conceito normativo. Retomando as palavras de Sen (1988): “*what is or is not regarded as a case of “development” depends inescapably on the notion of what things are valuable to promote*” (Sen, 1988: 20). Logo, desenvolvimento e outros conceitos relacionados estão envoltos em algum grau de subjetividade.

Bem-estar e qualidade de vida são noções mais diretamente aplicáveis a unidades demográficas, sendo as mais frequentemente consideradas na literatura os indivíduos, as famílias e os agregados domésticos privados. Desenvolvimento, entendido no sentido que atrás

lhe atribuímos, é um conceito aplicado a diferentes espaços económicos (usualmente, países) e, como tal, está mais diretamente relacionado com os conceitos de competitividade, globalização e, em particular, de convergência real entre espaços económicos, traduzindo este último, no seu sentido mais lato, uma aproximação dos níveis de desenvolvimento dos países analisados. Ainda assim, bem-estar e qualidade de vida das populações estão associados ao desenvolvimento dos respetivos espaços económicos, uma vez que refletem, globalmente, os benefícios que as pessoas obtêm sobre as várias dimensões do desenvolvimento.

Podemos ainda perspetivar, fundamentalmente, duas óticas complementares de encarar o desenvolvimento: enquanto processo e enquanto estágio. No primeiro caso, a palavra desenvolvimento aparece ligada à ideia de mudança. Como refere Estêvão (2004), “o desenvolvimento económico tem sido analisado como um processo inter-relacionado de crescimento e mudança estrutural, desde os pioneiros da moderna Economia do Desenvolvimento” (Estêvão, 2004: 1). Neste contexto, desenvolvimento é um processo, ou seja, a preocupação central está nas relações (económicas) que são, inerentemente, dinâmicas. Contudo, apesar do desenvolvimento possuir esta dimensão dinâmica, o mesmo pode ser analisado num instante do tempo, sem preocupação de estabelecer o processo causal que conduziu à situação em questão. De acordo com Marques (1981), por exemplo, na análise estática (simples ou comparativa), o tempo ou não intervém ou intervém apenas do exterior. Ainda de acordo com o mesmo autor, a estática comparativa (ou metaestática), em particular, apresenta duas posições em instantes diferentes, mas não revela a causalidade interna que leva de uma posição à outra.

Por último, intimamente associado à própria complexidade do fenómeno em estudo, a ciência económica tem apresentado ao longo do tempo uma diversidade de hipóteses, explicações e teorias, permitindo uma melhor compreensão e análise do processo de desenvolvimento. O núcleo teórico mais difundido na literatura económica é a moderna teoria do crescimento de matriz neoclássica. No essencial, são visões teóricas que incidem na questão do crescimento económico, partindo dos fundamentos da teoria neoclássica. Por outro lado, no quadro da literatura que se concentra na análise de uma vasta periferia menos desenvolvida da economia mundial – a Economia do Desenvolvimento – emana um conjunto diverso de abordagens teóricas sobre a natureza e as causas do atraso no crescimento e desenvolvimento destas economias (que incluem também a identificação dos fatores centrais na resolução dos problemas do subdesenvolvimento).

Na medida em que assumimos como referência a todo o estudo uma noção lata de desenvolvimento, o enquadramento teórico subjacente ao presente artigo atende a uma sistematização de um conjunto alargado de perspetivas teóricas diversificadas, disponíveis em vertentes especializadas da literatura, que forneçam ensinamentos válidos a respeito dos processos de desenvolvimento e convergência real, não se confinando às principais contribuições teóricas extraídas dos dois corpos teóricos acima referidos, embora, naturalmente, lhes seja conferido um amplo destaque pelo predomínio que assumem na literatura sobre o tema.

Pelo exposto, consideramos, em particular, os seguintes contributos: (i) as abordagens pioneiras (da escola clássica inglesa, de K. Marx, de J. Schumpeter e o modelo de Harrod-Domar, de matriz keynesiana); (ii) o modelo de referência da teoria neoclássica do crescimento exógeno e suas extensões (o modelo de Mankiw-Romer-Weil, o modelo de Ramsey-Cass-Koopmans e extensões, e a inclusão no modelo de Solow da possibilidade de movimentos migratórios); (iii) a abordagem do crescimento endógeno (na perspetiva dos modelos lineares, dos modelos com externalidades e dos modelos com progresso técnico endógeno); (iv) um conjunto de outras abordagens das quais resultam ilações importantes sobre a temática (a visão da nova geografia económica, a abordagem desenvolvida por M. Scott, os contributos de A. Gerschenkron e M. Abramovitz, o modelo de Fagerberg, a abordagem institucionalista de D. North, entre outras); (v) as principais abordagens provenientes da Economia do Desenvolvimento (as teorias da modernização, as teorias da dependência e a contra-revolução neoclássica).

3. Medição do Desenvolvimento – Uma Perspetiva Multivariada

No âmbito da avaliação quantificada do conceito de desenvolvimento, podemos considerar, essencialmente, três principais abordagens de medição:

- (i) indicadores sintéticos – um único indicador usado como medida global do desenvolvimento, sendo o rendimento nacional per capita o exemplo mais recorrente;
- (ii) indicadores compósitos – medidas que sintetizam a informação fornecida por um conjunto (normalmente, reduzido) de variáveis representativas de uma visão mais alargada do nível de desenvolvimento dos países. Neste contexto, o IDH constitui apenas a referência mais difundida entre um vasto leque de indicadores mais ou menos abrangentes hoje disponíveis;
- (iii) indicadores desagregados – um leque amplo de indicadores de natureza mais específica, suscetíveis de fornecerem, no seu conjunto, uma visão mais completa sobre as várias dimensões

do desenvolvimento, sem ser assumido, no entanto, o objetivo de integrar essas diferentes dimensões numa medida global do desenvolvimento.

A utilização de um único indicador simples do desenvolvimento e de indicadores compósitos do desenvolvimento têm sido as abordagens mais difundidas. Contudo, atendamos, de forma breve, às insuficiências mais significativas que estão associadas a cada uma dessas óticas de medição do fenómeno.

A principal argumentação para que medidas mais tradicionais de desenvolvimento como o rendimento per capita sejam complementadas com outros indicadores de espectro mais alargado está na natureza multidimensional do fenómeno que pretendem captar. Pelo exposto na secção 2, podemos reter que o desenvolvimento é um fenómeno complexo, multifacetado e que não conhece uma definição inequívoca e plenamente esclarecedora. O desenvolvimento está, hoje, ligado a um leque variado de significados; bem-estar, qualidade de vida, convergência real são alguns dos conceitos relacionados com o fenómeno em análise e que, muitas vezes, se confundem com ele. A multiplicidade de perspetivas que o conceito de desenvolvimento encerra é igualmente revelada pela adjetivação que frequentemente lhe é associada, desde as tradicionais designações de desenvolvimento económico, ou mesmo de desenvolvimento sócio-económico, passando por aquela que resulta da aplicação do conceito em diferentes espaços geográficos (locais, regionais, nacionais e internacionais), até à enorme variedade de adjetivos que lhe foram acoplados, especialmente a partir da década de 1970, na tentativa de demarcá-los do seu sentido mais restrito de mero crescimento/desenvolvimento económico.

É particularmente neste último contexto de análise e designadamente com as conceções atuais de desenvolvimento sustentável e humano que o fenómeno do desenvolvimento assume, de forma explícita, uma natureza multidimensional. Logo, sendo, hoje, muito amplamente aceite que as dimensões constitutivas do desenvolvimento são múltiplas e variadas, transcendendo o simples nível de vida material dos indivíduos, a utilização exclusiva do indicador tradicional de eleição na medição do desenvolvimento – o PIB/GDP ou a sua “família”, em termos per capita – revela-se, assim, claramente insuficiente.

Uma argumentação adicional para a necessidade de consideração de uma perspetiva multivariada na medição deste fenómeno, em detrimento da utilização do rendimento per capita como medida de síntese do desenvolvimento – a ótica mais profusamente aplicada –, deriva da evidência empírica sobre a sua associação com outras dimensões do desenvolvimento estar longe de ser conclusiva. Os resultados do survey de Kenny (2005), por exemplo, são

concordantes com os autores que questionam “*that income is the driving factor behind improvements in a number of potential measures of elements of the quality of life*” (Kenny, 2005: 2). Logo, uma relação inequívoca entre rendimento per capita e vários outros elementos constitutivos do desenvolvimento ainda não está estabelecida nem consolidada na literatura e, por esse prisma, a avaliação quantificada do desenvolvimento por intermédio deste indicador também se afigura insuficiente.

A segunda forma privilegiada de medição do desenvolvimento apresenta o mérito de conseguir captar as diferentes dimensões constitutivas do fenómeno, permitindo uma avaliação empírica mais rigorosa do desenvolvimento. Várias propostas de indicadores de natureza compósita emergem no sentido de ultrapassar as limitações usualmente identificadas ao indicador de referência na avaliação quantificada do nível de desenvolvimento dos países (rendimento per capita). A proliferação de indicadores compósitos do desenvolvimento verifica-se, especialmente, a partir da primeira publicação do indicador compósito de maior difusão, o IDH. Contudo, os índices ou indicadores compósitos do desenvolvimento podem ter uma natureza uni- ou multidimensional. Medidas como o Índice de Desenvolvimento Ajustado ao Género (GDI) e a Medida de Participação Segundo o Género (GEM) – ambas propostas pelo PNUD – são exemplos de medidas que procuram captar sub-dimensões de uma dimensão específica do desenvolvimento, podendo, por isso, ser designados como índices unidimensionais do desenvolvimento. Por outro lado, no estudo de Moreira e Crespo (2013), por exemplo, a avaliação da multidimensionalidade de 54 índices de desenvolvimento disponíveis na literatura permite constatar que a generalidade deles fica aquém do que seria eventualmente desejável. Efetivamente, aproximadamente metade dos 54 índices considerados incluem somente duas (15 índices) ou três (11 índices) dimensões do desenvolvimento e, em contrapartida, apenas quatro índices abrangem as nove dimensões assumidas enquanto um outro inclui oito.²³ Logo, os índices de desenvolvimento que vêm sendo propostos na literatura, ora apresentam uma natureza unidimensional, ora, quando são de carácter multidimensional, incluem um número escasso de dimensões do desenvolvimento e, nessa medida, fornecem uma visão eminentemente parcelar do fenómeno.

²³ Moreira e Crespo (2013) propõem uma nomenclatura do desenvolvimento que inclui as dimensões rendimento, distribuição do rendimento, educação, saúde, emprego, infraestruturas, valores e ambiente. Segundo os autores, esta proposta compreende os aspetos estruturais do desenvolvimento que mais diretamente influenciam o nível de desenvolvimento agregado dos países. Além das oito dimensões assinaladas, uma dimensão de carácter residual foi ainda tida em consideração, compreendendo questões como, por exemplo, a igualdade entre sexos, a diversidade cultural, o contexto macroeconómico e a estabilidade social e política.

Traçado que está um quadro geral das abordagens que têm sido mais preconizadas na medição do desenvolvimento, a nossa perspectiva de medição do desenvolvimento consiste em assumir as três abordagens de operacionalização empírica do conceito de desenvolvimento acima identificadas, embora com claro enfoque nas duas últimas – indicadores compósitos e leitura desagregada do desenvolvimento. Nessa medida, aproximamo-nos das palavras de Boidin (2004) quando este refere que:

“les analyses portant sur les indicateurs internationaux semblent converger vers la nécessité de privilégier des indicateurs à double volet: d’une part un indice composite, utile pour une première comparaison ou une vision générale de la situation des pays, d’autre part la possibilité d’étudier de façon désagrégée chaque dimension et chaque variable, afin d’affiner l’analyse par pays” (Boidin, 2004: 13).

Em primeiro lugar consideramos que, sendo possível e desejável a consideração de conjuntos de indicadores representativos de cada uma das dimensões cruciais do desenvolvimento, o fenómeno complexo e multidimensional do desenvolvimento fica melhor retratado em termos quantificados. O extenso volume de informação, naturalmente, requerido para esta ótica de medição, torna-se na sua principal desvantagem, embora constitua, simultaneamente, a sua principal vantagem, na medida em que possibilita uma análise mais detalhada das diferentes componentes do desenvolvimento dos países/regiões, não cingindo a leitura a um indicador agregado.

Para além desta leitura mais desagregada e mais “fina” do desenvolvimento, é, igualmente, importante que tenhamos uma forma mais imediata (e, conseqüentemente, mais agregada) de quantificação do nível de desenvolvimento dos países. Num contexto de uma análise que assume como referência um conceito de desenvolvimento entendido no seu sentido mais lato, pretendemos, especificamente, a utilização de um indicador compósito do desenvolvimento suficientemente abrangente da multidimensionalidade que o caracteriza. Assim, a abordagem que preconizamos para a avaliação do nível de desenvolvimento de países/regiões consiste na apresentação de um perfil quantitativo de desenvolvimento dos países, suscetível de, pelo facto de atentar nas dimensões críticas do desenvolvimento – de forma desagregada e compósita –, fornecer uma visão mais globalizante do que aquela que emerge, isoladamente, das óticas de medição do desenvolvimento mais profusamente empregues.

4. Medição Multivariada do Desenvolvimento – Uma Aplicação a Portugal

O quadro de referência para a avaliação dos esforços internacionais de desenvolvimento remonta à Cimeira do Milénio, em setembro de 2000, em que os membros das Nações Unidas

adotaram unanimemente a Declaração do Milénio, comprometendo-se a alcançar um conjunto de objetivos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza até 2015. A Agenda 2030 surgida na cimeira das Nações Unidas, em setembro de 2015, estabelece um conjunto mais ambicioso e abrangente de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS/SDG), substituindo os então conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM/MDG). Em causa estão 17 objetivos e 169 metas que abarcam as dimensões social, económica e ambiental e são aplicáveis em todo o mundo, desenvolvido e em desenvolvimento (UN, 2015).

A lista de indicadores ODS da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável inclui mais de 235 indicadores globais, permitindo monitorizar e avaliar os progressos alcançados até 2030. Nessa medida, constitui um quadro internacional de avaliação do desenvolvimento, organizado em função dos 17 objetivos definidos que foram os seguintes: (i) erradicação da pobreza; (ii) erradicação da fome; (iii) saúde e bem-estar; (iv) educação de qualidade; (v) igualdade de género; (vi) água potável e saneamento; (vii) energias renováveis e acessíveis; (viii) trabalho digno e crescimento económico; (ix) indústria, inovação e infraestruturas; (x) redução das desigualdades; (xi) cidades e comunidades sustentáveis; (xii) consumo e produção responsáveis; (xiii) ação climática; (xiv) proteção da vida marinha; (xv) proteção da vida terrestre; (xvi) paz, justiça e instituições eficazes; (xvii) parcerias para a implementação dos objetivos.

A ilustração desta abordagem desagregada do desenvolvimento considerando Portugal como estudo de caso prende-se, fundamentalmente, com a disponibilidade e maior facilidade de acesso à informação estatística de que se reveste a opção por um país de desenvolvimento médio/elevado à luz das classificações das principais instituições internacionais. Contudo, o grau significativo de exigência de dados e estatísticas acessíveis e fiáveis da Agenda 2030 mostra que a disponibilidade de indicadores ODS para Portugal é de apenas 41%, segundo o último levantamento efetuado pelo INE (2018), sendo que os restantes ou não estão disponíveis (ou encontram-se em estudo), ou estão fora de âmbito (seja porque procuram medir realidades específicas de países em desenvolvimento ou estão efetivamente fora do âmbito estatístico). Ainda assim, a diversidade e riqueza da informação apresentada pelo INE (2018), a partir dos indicadores ODS disponíveis para Portugal, ilustra a relevância desta leitura mais aprofundada do desempenho nacional em relação ao ODS.

No que concerne à medição compósita do desenvolvimento, o estudo de Moreira e Crespo (2017) identifica e analisa, com detalhe, cinco índices multidimensionais do desenvolvimento

que são os seguintes: (i) o índice de bem-estar (WI) e rácio entre bem-estar humano e stress ecológico (WSI) para medição do desenvolvimento sustentável; (ii) o índice de avaliação da qualidade do desenvolvimento regional (QUARS) de Sbilanciamoci!; (iii) o índice de transformação de Bertelsmann Stiftung; (iv) o ranking de competitividade global (WCS) do International Institute for Management Development (IMD); (v) o índice de felicidade nacional bruta (GNH) do Centre for Bhutanese Studies. Os autores consideram que se tratam de bons exemplos pela abrangência das diferentes dimensões constitutivas do desenvolvimento que cada um deles procura captar, de forma agregada. Contudo, apenas os índices (i) e (iv) apresentam uma dimensão internacional, permitindo comparações mais diretas do nível de desenvolvimento/competitividade de um conjunto alargado de países. Nessa medida, a nossa preferência recai no ranking global proposto pelo IMD que, à semelhança do IDH do PNUD, é publicado anualmente no World Competitiveness Yearbook.²⁴

O IMD define competitividade como a capacidade de uma nação para a conceção e manutenção de um ambiente que sustente a criação de valor para as empresas e mais prosperidade para as pessoas. Desde 1997 que o ranking do IMD ordena as economias da mais para a menos competitiva a nível mundial, tendo por base quatro fatores principais, os quais são subdivididos em cinco subfatores cada: (i) performance económica (economia doméstica, comércio internacional, investimento internacional, emprego e preços); (ii) eficiência do governo (finanças públicas, política fiscal, quadro institucional, legislação comercial e quadro societário); (iii) eficiência empresarial (produtividade e eficiência, mercado de trabalho, finanças, práticas de gestão, e atitudes e valores); (iv) infraestruturas (infraestruturas básicas, infraestruturas tecnológicas, infraestruturas científicas, saúde e ambiente, e educação). Os 255 critérios de medição destes diferentes aspetos da competitividade são 2/3 hard data e 1/3 survey data, combinando, assim, dados estatísticos com avaliações de competitividade tal como são percecionadas por business executives (IMD, 2018).

A Tabela 1 ilustra bem a profusa aplicação de indicadores compósitos como o ranking do IMD, fundamentada, essencialmente, na maior facilidade de interpretação quando comparados com um leque de indicadores individualmente considerados, bem como de comparação do desempenho entre países e avaliação dos seus progressos. Constata-se, assim, que Portugal ocupa, em 2018, a 33^a posição no ranking das 63 economias mais competitivas do mundo,

²⁴ Em alternativa, o World Economic Forum (WEF) também divulga anualmente o Índice de Competitividade Global (GCI). A complexidade dos rankings do WEF e do IMD é idêntica, ainda que utilizem variáveis e abrangências distintas, resultando em ordenações dos países também elas distintas.

subindo 6 posições comparativamente a 2017. Nos primeiros lugares do ranking estão os Estados Unidos (eram quartos em 2017), seguidos de Hong-Kong (perde uma posição), Singapura, Holanda e Suíça.

Tabela 1: O IMD World Competitiveness Ranking de 2018 – variação anual

2018	Country	2017	Change	2018	Country	2017	Change
1	USA	4	+3 ↑	33	Portugal	39	+6 ↑
2	Hong Kong SAR	1	-1 ↓	34	Poland	38	+4 ↑
3	Singapore	3	-	35	Chile	35	-
4	Netherlands	5	+1 ↑	36	Spain	34	-2 ↓
5	Switzerland	2	-3 ↓	37	Slovenia	43	+6 ↑
6	Denmark	7	+1 ↑	38	Kazakhstan	32	-6 ↓
7	UAE	10	+3 ↑	39	Saudi Arabia	36	-3 ↓
8	Norway	11	+3 ↑	40	Latvia	40	-
9	Sweden	9	-	41	Cyprus	37	-4 ↓
10	Canada	12	+2 ↑	42	Italy	44	+2 ↑
11	Luxembourg	8	-3 ↓	43	Indonesia	42	-1 ↓
12	Ireland	6	-6 ↓	44	India	45	+1 ↑
13	China Mainland	18	+5 ↑	45	Russia	46	+1 ↑
14	Qatar	17	+3 ↑	46	Turkey	47	+1 ↑
15	Germany	13	-2 ↓	47	Hungary	52	+5 ↑
16	Finland	15	-1 ↓	48	Bulgaria	49	+1 ↑
17	Taiwan	14	-3 ↓	49	Romania	50	+1 ↑
18	Austria	25	+7 ↑	50	Philippines	41	-9 ↓
19	Australia	21	+2 ↑	51	Mexico	48	-3 ↓
20	United Kingdom	19	-1 ↓	52	Jordan	56	+4 ↑
21	Israel	22	+1 ↑	53	South Africa	53	-
22	Malaysia	24	+2 ↑	54	Peru	55	+1 ↑
23	New Zealand	16	-7 ↓	55	Slovak Republic	51	-4 ↓
24	Iceland	20	-4 ↓	56	Argentina	58	+2 ↑
25	Japan	26	+1 ↑	57	Greece	57	-
26	Belgium	23	-3 ↓	58	Colombia	54	-4 ↓
27	Korea Rep.	29	+2 ↑	59	Ukraine	60	+1 ↑
28	France	31	+3 ↑	60	Brazil	61	+1 ↑
29	Czech Republic	28	-1 ↓	61	Croatia	59	-2 ↓
30	Thailand	27	-3 ↓	62	Mongolia	62	-
31	Estonia	30	-1 ↓	63	Venezuela	63	-
32	Lithuania	33	+1 ↑				

Fonte: Disponível em <https://www.imd.org/wcc/world-competitiveness-center-rankings/world-competitiveness-ranking-2018/> (consultado em 21 de março de 2019)

5. Conclusão

Se o fenómeno do desenvolvimento é, por definição, complexo e multidimensional, então a crítica central que é possível apontar a indicadores como o rendimento per capita e o IDH é, portanto, a sua insuficiência para a avaliação do desenvolvimento de países ou regiões. A relevância destes indicadores nessa mesma avaliação, justifica, porém, que sejam complementados com outros indicadores de espectro mais alargado. Nesse âmbito, tem emergido, por um lado, um vasto leque de índices de desenvolvimento que visam,

precisamente, atender às principais dimensões constitutivas do fenómeno e, por outro, conjuntos de indicadores de natureza mais específica suscetíveis de captar, com mais profundidade, cada uma dessas dimensões integrantes do desenvolvimento.

Contudo, uma adequada quantificação do fenómeno, envolve, no nosso entendimento, uma medição suficientemente abrangente da multidimensionalidade que o caracteriza, além de simultaneamente desagregada e compósita. É neste contexto que a análise desenvolvida neste artigo compreendeu a proposta de utilização dos indicadores ODS da Agenda 2030 para uma leitura desagregada e mais “fina” do desenvolvimento e de opção pelo índice de competitividade global do IMD para a sua medição compósita. As duas iniciativas apresentam, porém, entendimentos e conceções distintas do fenómeno multidimensional a ser medido. No primeiro caso, o desenvolvimento sustentável materializa-se em 17 objetivos, traduzidos em 169 metas e medidos através de 235 indicadores globais, enquanto que no segundo é a competitividade mundial baseada em fatores que facilitam a prosperidade e suportada por 255 indicadores de natureza quantitativa e qualitativa. Persiste, portanto, o desafio de conceção das duas óticas de medição complementares, segundo uma mesma nomenclatura do desenvolvimento que inclua as dimensões fundamentais do fenómeno, e a sua aplicação a um conjunto alargado de países.

Agradecimentos

A autora gostaria de agradecer o apoio financeiro da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), UID/GES/00315/2019. Por outro lado, um agradecimento especial ao Professor Doutor Nuno Crespo (Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE-IUL e BRU-IUL), com quem a autora tem desenvolvido trabalho de investigação conjunto em torno da temática da medição do desenvolvimento.

Bibliografia

- Adelman, I. (1961), *Theories of Economic Growth and Development*, Stanford: Stanford University Press.
- Amaro, R. R. (2003), Desenvolvimento – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria, *Cadernos de Estudos Africanos*, nº 4, Janeiro / Julho, pp. 37-70.
- Amaro, R. R. (1999), *Análise das Necessidades e das Potencialidades da Freguesia de Santa Marinha (Concelho de Vila Nova de Gaia) numa Perspectiva de Criação de Emprego e de Desenvolvimento Local*, Lisboa: PROACT e S.A.E./ISCTE.
- Boidin, B. (2004), Quel Apport des Indicateurs Composites de Bien-être et de Développement?, *Premières Journées du Développement du GRES* (também em *Problèmes Économiques*, No. 2865, Décembre, pp. 16-24).
- Estêvão, J. (2004), *Desenvolvimento Económico e Mudança Institucional: o Papel do Estado*, Working Paper No. 08/2004, ISEG, Universidade Técnica de Lisboa.
- Friedmann, J. (1996), *Empowerment: Uma Política de Desenvolvimento Alternativo*, Oeiras: Celta Editora.

- Hugon, P. (2006), *Le Renouveau de L'Économie du Développement Dans Un Contexte de Mondialisation*, in G. Froger (ed), *La Mondialisation Contre Le Développement Durable?*, Peter Lang, pp. 29-52.
- IMD (2018), *IMD World Competitiveness Yearbook 2018*, Lausanne: International Institute for Management Development.
- INE (2018), *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*, Instituto Nacional de Estatística.
- Kenny (2005), Why Are We Worried About Income? Nearly Everything that Matters is Converging, *World Development*, 33 (1), pp. 1-19.
- Lopes, A. S. (2002), Globalização e Desenvolvimento Regional, *Gestão e Desenvolvimento*, 11, pp. 9-25.
- Marques, A. (1981), *Crescimento-Desenvolvimento: Exposição e Crítica dos Conceitos*, Comunicações, Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC).
- Moreira, S. e Crespo, N. (2017), “Composite Indicators of Development – Some Recent Contributions”, In V. Jeremic, Z. Radojicic e M. Dobrota (eds), *Handbook on Emerging Trends in the Development and Application of Composite Indicators*, 2017, IGI Global, Chapter 7, pp. 140-162.
- Moreira, S. e Crespo, N. (2013), Are Composite Indicators Really Multidimensional Assessment Tools of Development?”, *Journal of Social and Economic Development*, 15 (1), pp. 113-130.
- Morse, S. (2004), *Indices and Indicators in Development*, London e Stirling VA: Earthscan Publications Ltd.
- Sen, A. (1999), *Development as Freedom*, New York: Alfred A. Knopf.
- Sen, A. (1988), The Concept of Development, in H. Chenery e T. Srinivasan (eds), *Handbook of Development Economics*, Volume I, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Simon, D. (2003), Dilemmas of Development and the Environment in a Globalizing World: Theory, Policy and Praxis, *Progress in Development Studies*, 3 (1), pp. 5-41.
- UN (2015), *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, United Nations.
- UNDP (1990), *Human Development Report 1990*, New York: Oxford University Press.
- WCED (1987), *Our Common Future: Brundtland Report*, New York: Oxford University Press.

Voluntariado Sénior e a sua Influência na Qualidade de Vida Percebida

*Boguslaw Sardinha, Escola Superior de Ciências Empresariais/Instituto Politécnico de Setúbal,
boguslaw.sardinha@esce.ips.pt*

*Odete Pereira, Escola Superior de Ciências Empresariais/Instituto Politécnico de Setúbal,
odete.pereira@esce.ips.pt*

*Rui Brites, Escola Superior de Ciências Empresariais/Instituto Politécnico de Setúbal,
rui.brites@esce.ips.pt*

Resumo

A população mundial, e fundamentalmente a dos países ocidentais, está a envelhecer devido à queda das taxas de natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Estudos prospetivos relativos ao estado de saúde e qualidade de vida mostram consistentemente um aumento do risco de morbilidade entre pessoas com baixa quantidade e qualidade de interações sociais. A participação em ações de voluntariado pode ter efeitos positivos não só naqueles que o praticam como na própria sociedade.

Este estudo pretendeu analisar a relação entre Qualidade de Vida Percebida (QVP) e Voluntariado realizado por pessoas idosas, e como é que a QVP, na sua relação com o voluntariado, está distribuída pelas diferentes zonas do mundo.

Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com recurso a uma escala unidimensional baseada em dados disponibilizados pela World Value Survey. Nesta análise foram utilizados indicadores relativos a participantes com idade superior a 69 anos, num total de 5574 observações de 57 países dos 5 continentes. A escala utilizada comporta quatro variáveis: “Sentimento de Felicidade”, “Estado de Saúde”, “Satisfação com a Vida” e “Nível de Liberdade Sentida”.

Os resultados obtidos permitem evidenciar que desenvolver atividades de voluntariado está positivamente correlacionado com a Qualidade de Vida Percebida independentemente do tipo de organização social em que é prestado. A Oceânia e a América do Norte denotam valores mais elevados em termos de Qualidade de Vida Percebida nos idosos inquiridos. Curiosamente, a média mais reduzida é na Europa, seguindo-se a Ásia e África. Em termos globais, 25.3% dos participantes realiza alguma atividade de voluntariado social, sendo a Oceânia a região onde existe maior taxa de Voluntariado, seguida da América do Norte. Os dados obtidos são objeto de análise e discussão.

Palavras chave: Reformados; Voluntariado, Qualidade de Vida Percebida

Introdução

A população mundial continua a envelhecer rapidamente à medida que as taxas de fertilidade caem para níveis muito baixos na maioria das regiões do mundo e as pessoas tendem a viver mais tempo. A queda das taxas de natalidade e do aumento da esperança de vida, mercê de melhor alimentação e cuidados de saúde determinam esta realidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), os países com 7% da população com 65 anos ou mais são sociedades em envelhecimento, 14% constituem as chamadas sociedades envelhecidas e 21% ou mais definem sociedades superenvelhecidas.

Quando a população mundial atingiu 7 bilhões em 2012, 562 milhões (ou 8,0%) tinham 65 anos ou mais. Em 2015, 3 anos depois, a população idosa aumentou em 55 milhões e a proporção da população idosa chegou a 8,5% da população total.

As estimativas avisam que de 2025 a 2050, a população mais velha quase duplique para 1,6 bilhão, enquanto a população total crescerá apenas 34% no mesmo período. As mesmas previsões apontam para que em 2150 um terço da população mundial terá 60 ou mais anos de idade (Cónim, 1999).

No entanto, o ritmo do envelhecimento não é uniforme. A maioria dos países mais desenvolvidos da Europa tem envelhecido há décadas, alguns há mais de um século. Prevê-se que as populações mais idosas nos países mais desenvolvidos continuem a crescer, mas a um ritmo muito mais lento do que nos países menos desenvolvidos, particularmente na Ásia e na América Latina. Não é, somente, a Europa e os Estados Unidos que estão a envelhecer esta tendência é ainda mais visível na Ásia e na América Latina, onde nos próximos 10 anos é esperado um aumento de cerca de 236 milhões de pessoas com 65 anos.

Mesmo os países com envelhecimento mais lento verão um grande aumento das suas populações mais velhas. África, por exemplo, está projetada como o continente detentor da população mais jovem em 2050 (sendo as idades mais avançadas projetadas para menos de 7%), contudo, os 150,5 milhões de africanos mais velhos projetados para essa data, serão quase o quádruplo dos 40,6 milhões de habitantes em 2015.

Os crescentes problemas de restrições orçamentais concentram cada vez mais a atenção nas políticas para o voluntariado como um recurso importante para ajudar a resolver muitos dos problemas sociais que surgem, decorrentes do envelhecimento das sociedades. O crescente número de idosos potencialmente ativos pode ser visto como um recurso para a sociedade, ao mesmo tempo que a sua atividade acompanha melhores condições de saúde, maior independência e melhor qualidade de vida dos mesmos (Gonzales et al. 2015; Boudiny 2013).

Mas se o envelhecimento das sociedades é uma realidade, como é que são percecionados os processos de envelhecimento na sua relação com a qualidade de vida?

Envelhecimento e Qualidade de Vida Percebida

A percepção do envelhecimento, designadamente quanto às próprias condições físicas e psicológicas, influencia os comportamentos, as expectativas, a sensação de bem-estar, a satisfação com a vida e a compatibilidade pessoal com o processo de envelhecimento.

De acordo com Veenhoven (2018) os termos qualidade de vida Percebida, felicidade, bem-estar e satisfação com a vida são utilizados, frequentemente, como sinónimos. Muito embora a

literatura científica define especificações diferenciadas para cada um dos conceitos, todos remetem para componentes das avaliações individuais do estar na vida.

Os termos felicidade e satisfação com a vida têm sido usados de forma indiscriminada, muito embora a felicidade esteja mais intimamente associada a emoções e sentimentos, enquanto a satisfação com a vida esteja mais relacionada aos julgamentos cognitivos da pessoa sobre a sua vida como um todo (Ngamaba, 2016).

A felicidade envolve vários aspetos da vida e pode ser definida como uma expressão subjetiva de bem-estar pessoal que envolve uma avaliação do próprio estado emocional e de satisfação com a vida, tendo um papel importante na qualidade de vida dos idosos (Kiasipour et al., 2017; Luchesia et al., 2018).

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre as suas condições de vida, considerando os seus objetivos e expectativas no quadro do contexto cultural e sistema de valores em que se insere (WHOQOL Group, 1995). Neste sentido o conceito de Qualidade de Vida Percebida envolve elementos de natureza subjetiva intrínsecos ao próprio indivíduo e está imersa no contexto cultural, social e ambiental em que este se situa. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve quatro grandes dimensões: (a) física: remete para a percepção das próprias condições físicas; (b) psicológica: envolve a percepção do seu estado afetivo e cognitivo; (c) social: remete para os seus relacionamentos e papéis sociais; (d) ambiental: envolve aspetos relacionados com o ambiente onde vive.

Contudo, outras abordagens têm privilegiado outros fatores, daí que Day e Jankey (1996) tenham classificado os estudos sobre qualidade de vida considerando as seguintes abordagens: económicas, psicológicas, biomédicas e holísticas. As abordagens assentes em critérios económicos dominaram as primeiras concetualizações e continuam a ter expressão, designadamente nalguns indicadores internacionais relacionados com estas temáticas, envolvem, como exemplo os seguintes elementos: estruturas sociais existentes, nível de instrução, vencimento auferido, e habitação. Pelo seu lado a abordagem psicológica privilegia o modo como as pessoas percecionam as suas próprias vidas, em termos de felicidade e satisfação. Nesta perspetiva os elementos socioeconómicos constituiriam indicadores indiretos da Qualidade de Vida Percebida. As abordagens biomédicas distinguem as condições de vida em termos de saúde e funcionamento social. Quanto às abordagens holísticas salientam a multidimensionalidade do conceito e a organização complexa e dinâmica dos seus componentes, considerando que esta difere de indivíduo para indivíduo, envolvendo aspetos

como interesses, valores e inteligência, considerando a saúde uma consequência da Qualidade de Vida Percebida e não o inverso. Muito embora as definições sejam múltiplas, o conceito é amplamente aceite, e essas definições tendem a integrar não só dimensões relacionadas com fatores de suporte social, saúde, bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros componentes relevantes para as pessoas, como sejam o trabalho, a família, os amigos, e outros elementos do cotidiano, tendo por base a percepção dos próprios indivíduos objeto de investigação (Gill & Feisntein, 1994).

Se o processo de envelhecimento é inerente a cada ser humano, já o modo como a pessoa percebe o seu próprio envelhecimento é determinado por um conjunto de fatores interrelacionados que envolvem, designadamente, aspetos psicossociais, económicos, históricos, geográficos políticos e culturais, os quais dão forma ao contexto de vida cotidiana de cada indivíduo, às suas crenças e características pessoais, tornando essa realidade distintiva para cada idoso. A experiência de envelhecer constitui um processo singular a cada indivíduo e os valores atribuídos à mesma são influenciadas pela cultura.

Mercê, designadamente, do envelhecimento progressivo a que as sociedades ocidentais vêm assistindo, têm sido múltiplos os estudos sobre os processos de envelhecimento relacionados com os grupos socio-identitários a que pertencem os idosos. Todavia são, praticamente inexistentes os estudos comparados sobre o vivenciar da velhice em contextos culturais diferenciados, muito embora, a generalidade dos estudos assumam que existe uma relação direta entre a conceção da velhice na sociedade em que se está inserido e o próprio indivíduo que está envelhecendo (Faller, Teston & Marcon, 2015; Schneider & Irigaray, 2008).

A problemática da percepção de qualidade de vida e da felicidade é complexa, e as nossas sociedades têm valorizado muito os bens materiais como tradutores de melhor qualidade de vida, contudo, conforme refere Layard (2003: 1) *“Existe um paradoxo no coração da nossa civilização. As pessoas querem mais rendimentos. No entanto, a sociedade ficou mais rica, mas as pessoas não ficaram mais felizes. Nos últimos 50 anos temos melhores casas, mais roupas, férias mais longas e, acima de tudo, melhor saúde. No entanto, pesquisas mostram claramente que a felicidade não aumentou nos EUA, Japão, Europa Continental ou Grã-Bretanha. Por felicidade quero dizer sentir-se bem e apreciar a vida. Ao invés de sentimentos de infelicidade associados a sentir-se mal e desejar que as coisas fossem diferentes”*.

Na organização social ocidental a classificação das pessoas em função da idade cronológica privilegia os indivíduos mais jovens em detrimento dos mais velhos. O que de acordo com

Rodrigues e Soares (2006: 5) reflete “*o sistema de produção vigente. Isso gera uma série de problemas em torno do idoso, decorrentes das limitações ao pleno exercício da cidadania desses indivíduos numa fase de suas vidas em que o ser humano se encontra biologicamente mais vulnerável. A forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que no final serão os responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice*”.

Se é verdade que existe um corpo crescente de evidências que indica que o envelhecimento biológico (*versus* envelhecimento cronológico) aos níveis celular e molecular contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas e fragilidade física que levam ao declínio e à morte, também é verdade que há sempre partes, órgãos ou funções do corpo que se mantêm muito mais ‘jovens’, ‘conservados’ ou sadios do que outros. Paralelamente, no âmbito dos sentimentos e das representações, a velhice nunca é um facto absoluto. Ou seja, ninguém se sente velho em todas as situações ou perante todos os projetos (Minayo & Coimbra, 2002).

Se é verdade que o ser velho está ligado no imaginário social a falta de capacidade, inflexibilidade, estagnação, e perdas que favorecem a exclusão social e da rede produtiva, a rutura e o isolamento, também é verdade que há múltiplas condições de ser idoso e de viver a velhice, sendo de notar os movimentos atuais que em contracorrente com essas visões tradicionalistas e redutoras procuram desconstruir essas imagens negativas do aposentado, fazendo valer as capacidades e condições de saúde detidas por muitos que lhes permite ser detentoras de aptidões e capacidades não compatíveis com as imagens tradicionais. Nesse âmbito surgem todas as formas de atividade dos idosos, designadamente, aquelas que envolvem o voluntariado. Num estudo comparado Elias (2000) compara os indivíduos ditos “estabelecidos” com aqueles que designa por “*outsiders*”, referindo que os “estabelecidos”, enquanto grupo dominante se afirma através das próprias potencialidades, estigmatizando e excluindo os outros por serem diferentes, ou seja, não consideram as características individuais das outras pessoas, mas antes, desvirtua-as por pertencerem ao grupo “dos diferentes”, considerados inferiores. Neste sentido, uma forma de preservar a identidade e a superioridade dos não idosos, relativamente a um dos grupos de *outsiders*, ou seja, os idosos, seria através da sua exclusão e estigmatização. Neste quadro, surge a ideologia do espírito jovem a qual enquadrada o desprezo e a repulsa pela velhice e salienta a superioridade do corpo jovem o que conduz a autoavaliações negativas e à redução da autoestima dos mais velhos, o que é acompanhado das permanentes ofertas do mercado para negar o envelhecimento e procurar a fórmula da eterna juventude (Rodrigues & Soares, 2006).

Há que ter presente que a compreensão da velhice depende da própria cultura já que é dela que decorrem os conceitos de pessoa, idade e curso da vida e que estes variam consoante o contexto cultural em que se está inserido. Com efeito, nalgumas sociedades ainda estão presentes valores que entendem os mais velhos como detentores de experiências e conhecimentos acumulados, o que contribui para que lhes seja dado valor e respeito, garantindo-lhes um lugar de destaque na escala social o que, naturalmente, contribuirá para uma melhor Qualidade Vida Percebida pelos mesmos. Um trabalho desenvolvido por Faller, Teston e Marcon (2015) evidencia que a cultura de origem se sobrepõe muitas vezes a nível das autopercepções, relativamente à cultura na qual se está inserido, daí que, embora vivendo no Brasil, os idosos chineses valorizam mais o trabalho como a oportunidade de se manterem ativos e autónomos, já os libaneses destacam mais os princípios religiosos e os laços familiares, os franceses mostram que a velhice remete para a liberdade, a busca interior e a qualidade de vida. Por outro lado, os paraguaios e brasileiros, associavam mais o envelhecimento a aspetos negativos como doenças, limitações físicas, dependência financeira e perda de autonomia. Noutras latitudes (Vauclair et al, 2017) referem que a opinião predominante na literatura é que as culturas orientais são influenciadas por valores promotores de visões positivas do envelhecimento que ensinam os mais jovens a respeitar, obedecer e cuidar dos mais velhos e que as sociedades ocidentais, por outro lado, são vistas como orientadas para os jovens, traduzindo visões mais negativas sobre o envelhecimento e os idosos. Contudo, referem os mesmos autores, também estes países estão a ser objeto de processos de aculturação que conduzem à intrusão dos valores ditos ocidentais. Lembra-se, conforme referem Faller, Teston e Marcon (2015), que mesmo tendo a mesma nacionalidade cada idoso percebe, enfrenta e vivencia a velhice de forma diferenciada, já que vive o seu próprio processo de envelhecimento de forma singular, e é também neste quadro que são redefinidos os seus papéis na sociedade e na construção do senso comum sobre a velhice.

Relação entre Voluntariado e Qualidade de Vida na literatura

No decurso da vida os indivíduos desempenham diferente papéis, designadamente, estudantes, profissionais, conjugues e pais também nesse decurso podem também assumir as diferentes formas de voluntariado em diferentes fases das suas vidas (Penner & Finkelstein 1998). Uma compreensão teórica comum da teoria do papel e do voluntariado sugere que os mais velhos adultos podem ser mais propensos a adotar um "papel de voluntário" substituto de papéis sociais anteriores experimentados, nomeadamente, em idades mais jovens, na meia-idade, como empregados, pais ou cônjuges (Sherman & Shavit 2012).

Van Willigen (2000) refere que existem maiores benefícios, no bem-estar, experimentado por idosos que realizam voluntariado, quando comparados com adultos mais jovens. Com efeito, as atividades de voluntariado podem fornecer uma oportunidade de interagir com os outros, ajudando assim a compensar perdas de outros papéis sociais ou estigmatizações negativas (Li & Ferraro, 2006).

Diversos estudos sugerem que participar em atividades de voluntariado podem atuar como uma forma natural de ir vivenciando o envelhecimento ao longo da vida, especialmente para adultos mais velhos e para aqueles que estão na etapa de transição do trabalho para a aposentação (Morrow-Howell et al. 2017; Tang, 2015; Matz-Costa et al., 2012; Komp et al., 2012; Smith, 2004). A partir de uma perspectiva política, o voluntariado também pode representar um espaço importante, que fica além do trabalho remunerado, através do qual se combatem as atitudes isolacionistas, salvaguardando a independência de indivíduos em todas as idades e fornecendo oportunidades significativas para o envolvimento produtivo (Gonzales et al. 2015; Boudiny 2013; Hinterlong & Williamson, 2007).

Tal como preconiza a Teoria da Atividade em idosos, ao defender a manutenção de atividades como um benefício e uma necessidade a qualidade de vida na velhice, a relação entre voluntariado e vários aspetos de bem-estar é documentado extensivamente na literatura. Com efeito, além dos potenciais benefícios sociais as ações de voluntariado na aposentação, resultam em benefícios para os próprios voluntários. Vários estudos observaram que os voluntários desenvolvem melhor saúde física e mental e resultados ao nível da melhoria da qualidade de vida com redução de sintomas depressivos quando comparados com os seus pares não voluntários (Adams et al. 2011; Musick e Wilson 2003), bem como melhorias na capacidade funcional (Piliavin & Siegl, 2007), redução de níveis de stresse (Greenfield & Marks 2004) e satisfação com a vida (Van Willigen 2000).

Outros estudos apontam que o voluntariado tem o efeito positivo sobre a autoestima das pessoas mais velhas, melhor satisfação pela vida, auto-estima mais positiva, melhor saúde e menor risco para mortalidade (Sowislo & Orth 2013; Leary 1999; Wilson, 2000). Por outro lado, o voluntariado pode ajudar as pessoas a sentirem-se mais ligados às próprias comunidades, aumentar a sensação de pertença, designadamente após a reforma (Einolf & Chambre, 2011; Sherman & Shavit 2012).

Metodologia

Neste estudo foram utilizados os dados da 5ª onda de WVS (World Value Survey: 2005-2006). A World Values Survey (www.worldvaluessurvey.org) é uma rede global de cientistas sociais que estudam a mudança de valores e seu impacto na vida social e política, sediada em Estocolmo, Suécia. A 5ª onda de WVS é formada por uma base de dados com 83 975 observações. Nesta análise decidiu-se utilizar os dados das observações dos participantes com idade superior a 69 anos. Obtiveram-se 5574 observações de 57 países dos 5 continentes. Nesta análise foram considerados como voluntários os membros ativos de organizações sociais.

Consideraram-se 4 variáveis: “Sentimento de Felicidade”, “Estado de Saúde”, “Satisfação com a Vida”, “Nível de Liberdade Sentida” nas escolhas relativamente à sua vida. Dada a natureza de base de dados, variáveis qualitativas ordinais, estas foram recodificados de forma que o valor mais elevado representa o estado mais positivo e o menor o mais negativo.

Análise e Discussão dos Resultados

1º Objetivo: Construção e identificação da precisão de medida da escala de avaliação.

De forma a construir uma escala que sintetize as variáveis em estudo (“Sentimento de Felicidade”, “Estado de Saúde”, “Satisfação com a Vida”, “Nível de Liberdade Sentida”) e tentar compreender se estas variáveis poderão constituir uma escala unidimensional, definida como a Qualidade de Vida Percebida (QVP), procedeu-se, conforme referido à determinação da precisão de medida através da consistência interna do conjunto das variáveis. Nesse sentido recorreu-se ao coeficiente α de Cronbach, tendo sido obtido um valor de 0.720 (após estandardização dos itens, em virtude das diferentes escalas de base) o que segundo DeVellis (2012), é um valor aceitável.

Tabela nº 1.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.617	.720	4

De seguida, tendo-se procedido à recodificação das variáveis, procedeu-se à construção da referida Escala. Esta foi construída tendo por base uma soma ponderada das variáveis em análise, nessa ponderação utilizou-se o máximo de cada uma das variáveis, de forma que cada

indicador tivesse um valor entre 0 e 1, resultando numa escala entre 0 e 4. As correlações²⁵ destas variáveis com a escala construída têm valores fortemente significativos, como é possível observar na tabela seguinte:

Tabela nº 2

Correlations

		Correlation Coefficient	quality life	
			Sig. (2-tailed)	N
Spearman's rho	recod filling happiness	,742**	,000	5185
	recodfeel health	,669**	,000	5185
	recod life satisf	,818**	,000	5185
	recod feel free	,666**	,000	5185

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2º Objetivo: Verificar se a Qualidade de Vida Percebida dos idosos que compõem a amostra está correlacionada com as variáveis Voluntariado e Presença em associações de diversa natureza.

Após confirmar a robustez da escala “Qualidade de Vida Percebida” correlacionamos a mesma com as variáveis que indicaram respetivamente o Voluntariado, ou seja, participação ativa em vários tipos de associações e a variável Pertença, mas não ativa, em vários tipos de associações. Os dados obtidos constam da tabela nº 3.

De acordo com esses dados, observa-se que existem correlações positivas e fortemente significativas ($p < 0,01$) entre estes dois conjuntos de variáveis.

Tabela nº 3

Correlações com a Qualidade de Vida Percebida

Active member	Correlation Coefficient	Inactive member	Correlation Coefficient
Voluntariado religioso	,212**	Pertença ass. religiosos	,185**
Voluntariado Cultura e Artes	,150**	Pertença Ass. Cultura e Artes	,137**
Voluntariado sindicatos	,062**	Pertença Sindicatos	,053**
Voluntariado político	,093**	Pertença partidos politicos	,094**
Voluntariado ambiental	,086**	Pertença Ass. Ambientalistas	,081**
Voluntariado ass. profissionais	,103**	Pertença Ass. profissionais	,083**
Voluntariado ass. Caridade e	,165**	Pertença Ass. Caridade e ass. social	,126**
Voluntariado ass. consumo	,066**	Pertença Ass. consumo	,063**
Voluntariado outro	,079**	Pertença outros	,071**
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

²⁵ Foi utilizado o coeficiente de Spearman pois as variáveis iniciais são variáveis ordinais.

Podemos assim concluir que ser Voluntário em várias instituições sociais está positivamente correlacionada com a Qualidade de Vida Percebida, sendo que o fato de fazer voluntariado apresenta uma correlação positiva em todos os tipos de associações. Observa-se, complementarmente, que embora o nível de significância seja o mesmo, as correlações evidenciam um valor mais elevado quando existe Participação Ativa ao invés da simples Pertença aos vários tipos de organizações. A única exceção está relacionada com a Pertença a Partidos Políticos e Voluntariado Político onde a correlação sugere que a Pertença tem uma influência mais forte sobre Qualidade de Vida Percebida do que no primeiro caso. A especificidade deste tipo de voluntariado pode explicar essa ligeira diferença sendo que este aspeto exigirá uma análise mais profunda e pode ser uma pista para o desenvolvimento futuros.

Os resultados obtidos sobre a correlação positiva e significativa entre QVP e Voluntariado é concordante com o referido em numerosos estudos em que os componentes da QVP estão presentes (Adams et al. 2011; Greenfield & Marks 2004; Sowislo & Orth 2013; Van Willigen 2000).

3º Objetivo: Conhecer como é que a Qualidade de Vida Percebida dos idosos, está distribuída pelas Diferentes Zonas do Mundo.

Para dar prossecução a este objetivo, os 57 países foram divididos em 6 regiões, conforme tabela nº 4:

Tabela nº4

Regiões	Países
Europa	23
América do Sul	6
Oceânia	2
América do Norte	4
Ásia	13
África	9

Desta divisão resulta a constatação que há alguns desequilíbrios em termos da representatividade de países por região.

Por forma a analisar a Qualidade de Vida Percebida calculou-se média das pontuações por região, conforme consta da tabela nº 5.

De acordo com dados veiculados por alguns estudos, era esperado que as zonas do mundo com menor nível de vida e menos desenvolvidas a Qualidade de Vida Percebida fosse mais baixa.

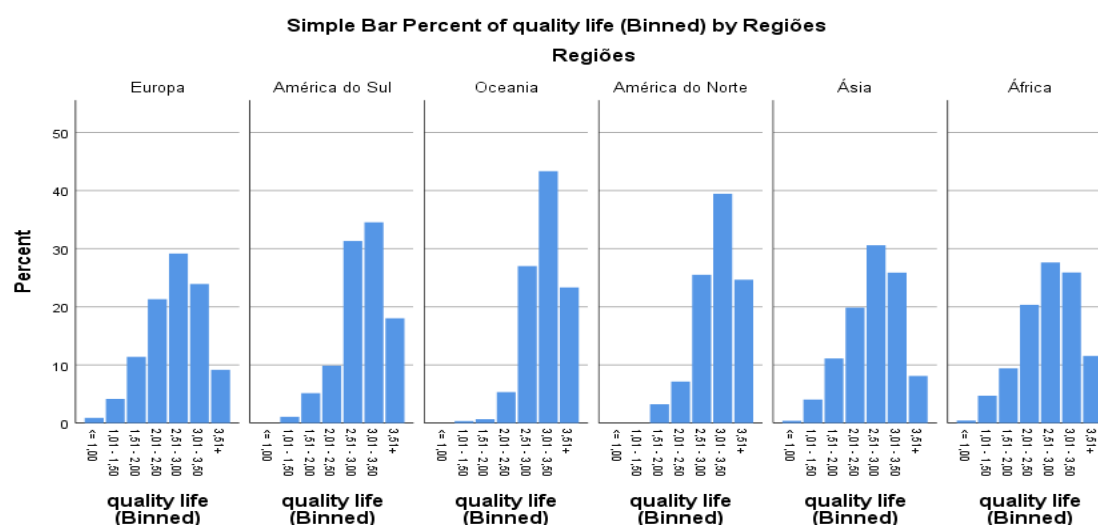
Os dados obtidos evidenciam que a Oceânia e a América do Norte denotam valores mais elevados em termos de Qualidade de Vida Percebida dos idosos inquiridos. Curiosamente, a média mais reduzida é na Europa, seguindo-se a Ásia e África.

Tabela nº5
Qualidade de Vida Percebida nas regiões
do Mundo

Regiões	N	Mean	Std. Deviation
Oceania	300	3,18	,45
América do Norte	588	3,14	,50
América do Sul	466	3,00	,55
África	467	2,74	,66
Ásia	765	2,70	,62
Europa	2599	2,68	,65

Para obter resultados mais pormenorizados, procedeu-se à representação gráfica da variável da Qualidade de Vida Percebida, definindo essa variável de forma intervalar, percebendo mais claramente que na Europa muitos participantes percecionaram este constructo de forma mais negativa que outras regiões.

Gráfico nº1



Os dados obtidos não traduzem a expectativa pré-definida, dado que regiões tidas com nível de vida mais elevado, como a Europa traduziram uma baixa Qualidade de Vida Percebida, dos

idosos inquiridos, mais baixa quando comparadas com outras regiões. Este facto pode dever-se a múltiplas circunstâncias, desde a data de recolha de dados coincidir com crises económicas vividas nalguns dos países que constituem a amostra, com implicações na saúde física e mental das populações mais fragilizadas, sendo que em situações de crise aquilo que são predisposições pouco humanizadoras tendem a ser agravadas. Complementarmente, conforme referem alguns estudos (Elias, 2000; Rodrigues & Soares, 2006; Vauclair et al, 2017) as culturas ocidentais, inserem em si visões negativas sobre o envelhecimento num quadro em que os mais “produtivos” / “estabelecidos” tendem a estigmatizar os “diferentes” e a conceder-lhes menos benefícios. Num contexto de crise económica também os idosos de alguns países europeus se terão sentido duplamente vulnerabilizados o que pode ser traduzido na mais baixa Qualidade de Vida Percebida. O facto de Africa e Asia traduzirem valores substancialmente baixos é concordante com o facto de se tratar de regiões com menor nível de vida e desenvolvimento, nas quais, muito embora, tradicionalmente os idosos tivessem um estatuto de elevada consideração, os efeitos da aculturação e da instalação de novos valores poderá contribuir para a explicação dos dados obtidos.

4º Objetivo: Conhecer as diferenças nas percentagens de voluntariado por região do mundo.

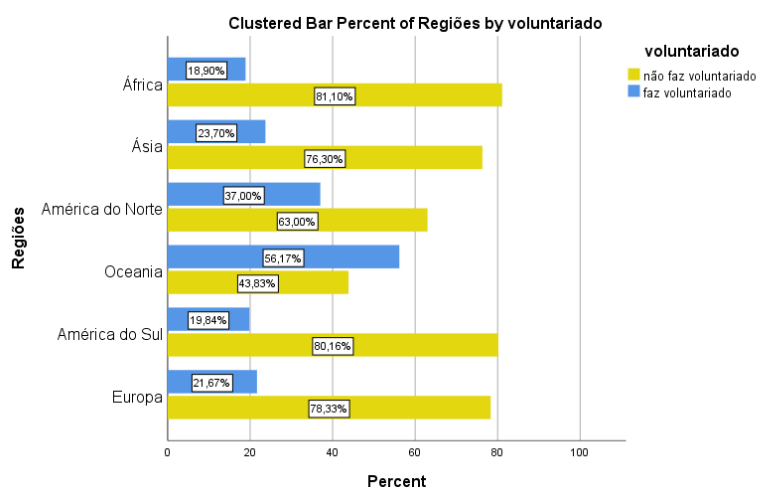
Para concretizar o objetivo proposto definiu-se como critério definidor dos indivíduos que realizam voluntariado que os mesmos o desenvolvessem em pelo menos uma organização.

Em termos globais, 25.3% dos participantes (para toda a amostra) faz pelo menos um tipo de voluntariado. Como se pode observar as regiões onde existe maior taxa de voluntariado é na região da Oceânia e em seguida na região da América do Norte.

Na literatura encontramos muitos dados sobre o voluntariado, pelo que se procurou validar a amostra que serve de base a este estudo, tendo por referência as percentagens de voluntários em várias regiões do mundo. Os dados de voluntariado nos EUA, segundo o Bureau of Labor Statistics (BLS) em 2013, estima a participação de voluntario acima de 25 % com maior participação das pessoas mais idosas. Os indicadores de voluntariado na Europa também são consistentes com a maior parte de estudos, com indicadores mais elevados no norte de europa quando comparado com o sul e os países pós-socialistas (Sardinha, 2011, Sardinha & Brites 2011). Os indicadores de voluntariado para Oceânia que envolvem a Austrália e a Nova Zelândia são tradicionalmente bastantes altos (Sakofsky, 2016) embora não existam dados

específicos para o voluntariado sénior; nas outras regiões não foi possível validar a participação das pessoas mais idosas no voluntariado.

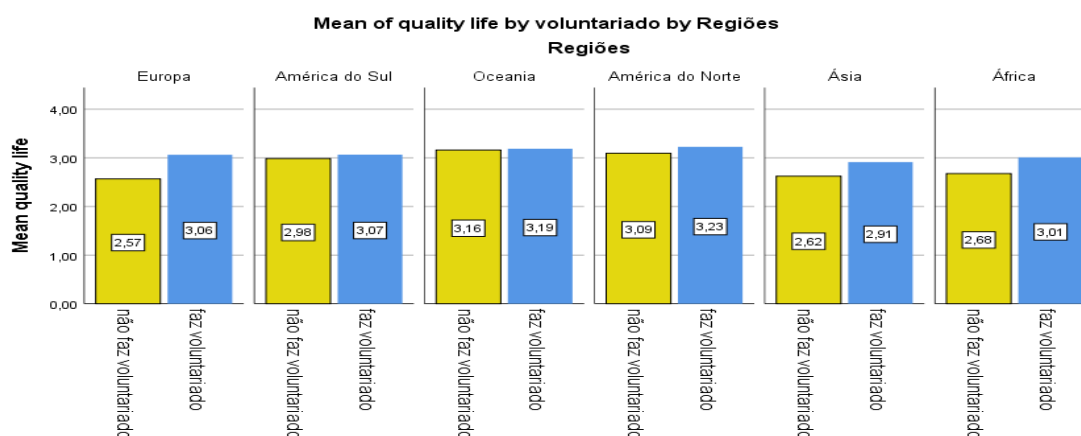
Gráfico nº 2



5º Objetivo: Verificar se existem diferença entre os indivíduos Voluntários e Não voluntários e relativamente à Qualidade de Vida Percebida.

Para tentar perceber se a Qualidade de Vida Percebida é diferente para quem faz voluntariado e quem não faz voluntariado, analisou-se a média da Qualidade de Vida Percebida para as diversas regiões diferenciando quem faz ou não voluntariado. Os resultados obtidos que permitem responder a este objetivo são apresentados no gráfico nº 3.

Gráfico nº 3



Os dados obtidos são consistentes com os dados anteriores e com a literatura (Adams et al. 2011; Sowislo & Orth 2013; Willigen, 2000; Gonzales et al., 2015). Em todas as regiões do

mundo a média da Qualidade de Vida Percebida é superior para aqueles que fazem voluntariado, existindo diferenças maiores na Europa, América do Norte, Ásia e África.

Conclusões

Este estudo pretendeu analisar a relação entre Qualidade de Vida Percebida (QVP) e Voluntariado realizado por pessoas idosas e como é que a QVP, na sua relação com o voluntariado, está distribuída pelas diferentes zonas do mundo.

Estudos anteriores mostraram evidências de uma relação positiva entre o voluntariado e melhores resultados no bem-estar físico e mental. Também tem sido sugerido que o voluntariado pode ajudar os indivíduos a facilitar transições entre diferentes fases da vida, incentivando-os a envolver-se mais nas suas comunidades, construindo assim novas ligações sociais e melhorando as redes de apoio social.

O estudo realizado, de natureza quantitativa, passou pela construção de uma escala unidimensional, designada por Qualidade de Vida Percebida (QVP) baseada em quatro variáveis: “Sentimento de Felicidade”, “Estado de Saúde”, “Satisfação com a Vida” e “Nível de Liberdade Sentida”. A fonte de recolha de dados foi a World Value Survey, sendo a amostra constituída por indivíduos com idade superior a 69 anos, num total de 5574 observações de 57 países dos 5 continentes.

Os dados obtidos permitiram evidenciar que as atividades de voluntariado, realizadas por esta população, estão positivamente correlacionadas com a Qualidade de Vida Percebida independentemente do tipo de organização social em que é prestado. A Oceânia e a América do Norte denotam valores mais elevados em termos de Qualidade de Vida Percebida dos idosos inquiridos. Curiosamente, a média mais reduzida é na Europa, seguindo-se a Ásia e África. Em termos globais, 25.3% dos participantes realiza alguma atividade de voluntariado social, sendo a Oceânia a região onde existe maior taxa de Voluntariado seguida da América do Norte. Os dados obtidos foram objeto de análise e discussão, deixando questões em aberto para a realização de trabalhos futuros.

Bibliografia

- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). “A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life”. *Ageing & Society*, 31, 683–712;
- Boudiny, K. (2013). “Active ageing’: From empty rhetoric to effective policy tool.” *Ageing & Society*, 33, 1077–1098.
- Clolery P; (2014). “*Troubling Numbers in volunteering rates*” The Leading Business Publication For Nonprofit Management Disponível em: <http://www.thenonproffitimes.com/news-articles/troubling-numbers-in-volunteering-rates/>

- Cónim, Custódio N. P. da Silva (1999). *Geografia do envelhecimento da população portuguesa: aspectos sociodemográficos 1970 – 2021*. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento: Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas.
- Day, H.; Jankey, S.G. (1996). Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: Renwick, R.; Brown, I.; Nagler, M. (Eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- DeVellis, R.F. (2012). “*Scale development: Theory and applications*.” Los Angeles: Sage. pp. 109–110.
- Elias, N. (2000). *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Faller, J.W.; Teston, E. F.; Marcon, S. S. (2015). A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Contexto Enfermagem, Florianópolis*, Jan-Mar; 24(1): 128-37.
- Fischer L., Schaer K. (1993). “*Older Volunteers*”. Newbury Park, CA: Sage.
- Gill, T.M.; Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*. Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994.
- Gonzales, E., Matz-Costa, C., & Morrow-Howell, N. (2015). “Increasing opportunities for the productive engagement of older Adults: A response to population aging”. *The Gerontologist*, 55(2), 252–261.
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2004). “Formal volunteering as a protective factor for older adults’ psychological well-being”. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(5), S258–S264.
- Hinterlong, J. E., & Williamson, A. (2007). “The effects of civic engagement of current and future cohorts of older adults.” *Generations*, 30(4), 10–17.
- House J., Landis K., Umberson D. (1988). “Social Relationships and Health”. *Science*, 241, 540.45.
- Inglehart, R., C. Haerpfer, A. Moreno, C. Welzel, K. Kizilova, J. Diez-Medrano, M. Lagos, P. Norris, E. Ponarin & B. Puranen et al. (eds.). 2014. *World Values Survey: Round Five - Country-Pooled*. Datafile Version: www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV5.jsp. Madrid: JD Systems Institute.
- Kiarsipour, N.; Borhani, F.; Esmaili, R., Zayeri, F. (2017). The correlation of aging perceptions and life satisfaction in Iranian older adults. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, Volume 10, Issue 4, July – August.
- Komp, K., van Tilburg, T., & van Groenou, M. B. (2012). “Age, retirement, and health as factors in volunteering in later life.” *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 280–299.
- Layard, R. (2003). The secrets of happiness. *Newstatesman*. 3 March 2003. Essay. Disponível em <http://www.goodstudyguide.co.uk/downloads/Article%20by%20Layard%20underlined.doc>
- Leary, M. R. (1999). “Making sense of self-esteem”. *Current Direction in Psychological Science*, 8(1), 32–35.
- Luchesia, M. B., Oliveira, N. A.; Moraisb, D., Pessoa, R. M., Pavarinia, S. C.; Marcos Hortes N. Chagas, M. H. (2018). Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 83–87
- Matz-Costa, C., Besen, E., James, J. B., & Pitt-Catsouphes, M. (2012). “Differential impact of multiple levels of productive activity engagement on psychological well-being in middle and later life”. *The Gerontologist*, 54(2), 277–289.
- Minayo, M.C.S., and Coimbra, C.E.A., orgs. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. *Antropologia & Saúde Collection*, 209 p. ISBN: 978-85-7541-304-3. Disponível em <http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>
- Morrow-Howell, N. (2010). “Volunteering in later life: Research frontiers”. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(4), 461–469.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). “Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age Groups” *Social Science and Medicine*, 56(2), 259–269.
- Ngamaba, K. H. (2016). Determinants of subjective well-being in representative samples of nations (2016). *The European Journal of Public Health*. Vol. 27, No. 2, 377–382.
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). “Health benefits of volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study”. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(4), 450–464
- Rodrigues, L. S.; Soares, G.A. (2006). Velho, Idoso e Terceira Idade na Sociedade Contemporânea. *Revista Ágora*, Vitória, n.4, 2006, p. 1-29.
- Russell A.R., Nyame-Mensah A., Wit A.; Handy F. (2018). *Volunteering and Wellbeing Among Ageing Adults: A Longitudinal Analysis*. International Society for Third-Sector Research and The Johns Hopkins University; *Voluntas*, 30:115–128;

- Sakofsky M (2017). „ (2017). “*State of Volunteering in New Zealand 2016*”. Volunteering New Zealand, Wellington.
- Sardinha B(2011). *The economics of volunteering decision*. PHD Thesis; U. Evora; Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/14147>.
- Sardinha B; Brites R. (2011). *The volunteering of older people - the cross European vision*. Paper proposal for the first international conference of ERNOP, Vienna, 7 June 2011.
- Schneider RH, Irigaray TQ. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos Psicologia*. Out-Dez;25(4):137-49.
- Smith, D. B. (2004). “Volunteering in retirement: Perceptions of midlife workers”. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(1), 55–73.
- Tang, F. (2015). “Retirement patterns and their relationship to volunteering” *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 45(5), 910–930;
- Van Willigen, M. (2000). “Differential benefits of volunteering across the life course”. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308–S318;
- Vauclair, Christin-Melanie, Hanke, Katja, Huang, Li-Li, Abrams, D. (2017). Are Asian cultures really less ageist than Western ones? It depends on the questions asked. *International Journal of Psychology*, 00207594, Apr, Vol. 52, Ed. 2.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1–39.
- WHO (2011). *Global Health and Aging*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*; 46:1569-85.
- Wilson J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*, 26:215-40.

Políticas Sociais de Desenvolvimento Humano na Saúde ou de Igualdade na Pobreza em Portugal

Edgar Canais, Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal; NURSE'IN – Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas, edgar.canais@ess.ips.pt

Ana Filipa Poeira, Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal; NURSE'IN – Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas, ana.poeira@ess.ips.pt

Resumo

Problemática: Portugal é um dos países mais desiguais da Europa e com consequências na saúde dos portugueses. Enquanto uns se tornam cada vez mais ricos e as suas circunstâncias mudam, também o nível de saúde que apresentam e os fatores que o afetam mudam. No século XIX, os epidemiologistas começaram por apresentar estatísticas que demonstravam o peso da falta de saúde e da morte prematura sofrida pelos pobres que viviam nos subúrbios das cidades. Estes trabalhos levaram a grandes mudanças das “políticas públicas” de saúde pública e com grande impacto na saúde da população. A par destas melhorias, a expectativa de vida aumentou conforme a alteração dos padrões de vida das pessoas. Para isso contribuiu o conhecimento em saúde, permitindo que as doenças infecciosas deixassem de ser uma das principais causas de morte. Assim, o mundo passou por uma mudança em consequência da industrialização, conhecida como “transição epidemiológica”, na qual as doenças infecciosas foram substituídas pelas doenças cerebrovasculares e pelo cancro. **Metodologia:** Apresenta-se uma análise crítica e reflexiva sobre as principais mudanças desde Alma-Ata até aos dias de hoje, focadas na melhoria da saúde das populações através de “escolhas de estilo de vida” e “avaliação do risco das doenças”. Sendo que, os profissionais de saúde assumem um papel primordial na capacitação das pessoas, ou seja, as pessoas fazem as suas próprias escolhas informadas. **Conclusão:** A par destas mudanças e em especial nos últimos anos, têm sido implementadas múltiplas políticas públicas, alteradas ao sabor da política, sem que se tenham avaliados os ganhos tangíveis. Estas medidas avulsas, de acordo com os vários relatórios internacionais mostram que o país está mais desigual: com mais pobres e cada vez mais pobres, com um fosso cada vez mais acentuado na acessibilidade dos pobres à saúde.

Palavras chave: Vulnerabilidades, Saúde, Pobreza, Políticas Sociais, Políticas Públicas

Introdução

Em Portugal, a ajuda aos mais necessitados nem sempre surge e quando existe é insuficiente, promovendo assim o ciclo de pobreza. “Nunca passei fome. Os meus filhos nunca passaram fome. Os meus netos nunca passaram fome. Mas, em Portugal, ainda há gente que sofre por não ter de comer” (Mónica, 2016:1). Portugal é um dos países mais desiguais da Europa. A forma como olhamos para a pobreza, como uma inevitabilidade, nem sempre mudou com a passagem do tempo. Existiram épocas, em especial logo após Alma Ata, em que a pobreza foi verdadeiramente combatida em Portugal.

Procurámos analisar alguns dos dados disponíveis nas várias fontes, e problematizar sobre a evolução real do rendimento disponível, indicadores de privação material, impacto das transferências sociais na pobreza, o acesso à saúde e políticas públicas. E surge assim a seguinte questão:

Será que em Portugal se promovem políticas sociais de desenvolvimento humano e acesso à saúde ou será que se cultiva a igualdade na pobreza?

Nos nossos dias ainda é frequente cruzarmo-nos com pessoas que acreditaram e acreditam no propósito de “Erradicar a Pobreza”. Hoje olhamos para os pobres, menos pobres que algumas décadas atrás, como pessoas que sobrevivem com algumas dificuldades e adversidades, para Mónica (2016) já ninguém é capaz de afirmar que os pobres são preguiçosos, ladrões e bêbados e que, portanto, merecem o seu destino. Múltiplas políticas públicas têm surgido e desaparecido com a mesma velocidade de cruzeiro com que surgem, ao sabor da política e dos políticos, sem que se tenha tempo para avaliar os seus impactos tangíveis, nestes públicos tão vulneráveis e ao mesmo tempo apetecíveis, como número que pode fazer a diferença em época de eleições.

Muitos de nós defendemos, outros tantos criticam o Estado Social e as suas políticas, como o Rendimento Social de Inserção (RSI), criado para os pobres e assim alimentar a pobreza, porque a inserção nunca verdadeiramente foi implementada. Quando falamos de pobres, não estamos só a pensar em desempregados ou nos sem-abrigo, mas principalmente de trabalhadores que auferem rendimentos tão baixos, que dificilmente conseguirão proporcionar uma alimentação condigna às suas famílias.

A assimetria na distribuição de riqueza tem vindo a acentuar-se. O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016) apresenta dados que mostram que, em Portugal entre 2011-2014, a proporção de trabalhadores pobres aumentou: quando em 2011, este problema atingia 9,9% dos trabalhadores, aumentou, em 2014, para 11%. Comparativamente com a União Europeia ainda existe um longo caminho a percorrer, na medida que os trabalhadores portugueses recebem, em média, 10,4 euros por hora, sendo a média europeia de 18,5 euros.

A política de salários baixos em Portugal, em especial na área operacional, e em antítese aos poucos privilegiados que auferem vencimentos e pensões principescas, de moral e ética questionáveis. Esta diferenciação em múltiplas dimensões, não só do rendimento disponível, mas também do que lhes está associado, contribuem para a produção e a persistência das desigualdades.

De acordo com o Relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018:165) a pobreza e a doença andam de mãos dadas e potenciando-se mutuamente “Quanto mais doente mais pobre, e quanto mais pobre mais doente”. O mesmo relatório refere-se à acessibilidade aos cuidados de saúde, como um dos principais problemas, a espera não é só mais difícil e

demorada para quem tem rendimentos mais baixos, como por vezes essa resposta não chega em tempo útil.

Os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 permitem observar em que medida é que o rendimento influencia a utilização dos cuidados de saúde, observa-se que aproximadamente 20% dos mais pobres, não procuraram cuidados de saúde para consultas ou tratamentos por dificuldades financeiras. Entre as pessoas com mais recursos este valor não chegou aos 5%.

Evolução Real do Rendimento Disponível

O acesso a um rendimento disponível aceitável para manter uma família saudável é uma das necessidades mais elementar numa sociedade plural, que procura no termo igualdade um dos princípios basilar da sociedade que construímos, e dita moderna. A igualdade diante da lei, aceite quase indiscutivelmente, não fosse também o caso do rendimento, ser um fator influenciador, no acesso à justiça.

Prendemo-nos na igualdade de oportunidade, que por sua vez está dependente do estado e das políticas públicas de educação, de pleno emprego, de apoio social e de acesso à saúde, mas está principalmente dependente do rendimento disponível na família. Não pode o estado promover resultados iguais para todos, esta seria a aniquilação da iniciativa individual, da diversidade de escolhas e dos ideais individuais, ao estado compete desenvolver políticas que promovam o equilíbrio entre liberdade, justiça e igualdade (Mónica, 2016).

Os indicadores tradicionais utilizados para avaliar o bem-estar das famílias e a prosperidade destas, ao longo do tempo, assentam exclusivamente no rendimento monetário. Habitualmente, segundo Pinto (2014) avaliamos a prosperidade e o bem-estar das famílias através da sua capacidade monetária disponível, ou seja, o seu rendimento. Este indicador ignora importantes determinantes que afetam a capacidade das famílias fazerem face a quebras inesperadas.

A riqueza disponível numa família é uma fonte de consumo, devemos ter em conta a residência própria (benefício para o proprietário), as poupanças que cada família tem disponível, que pode converter em recurso financeiro, passível de ser usado na presença de necessidades de consumo previstas ou acidentais (Wolff, 1998).

Assim, é relevante observarmos e analisarmos alguns números relativos à distribuição da riqueza e rendimentos e Portugal.

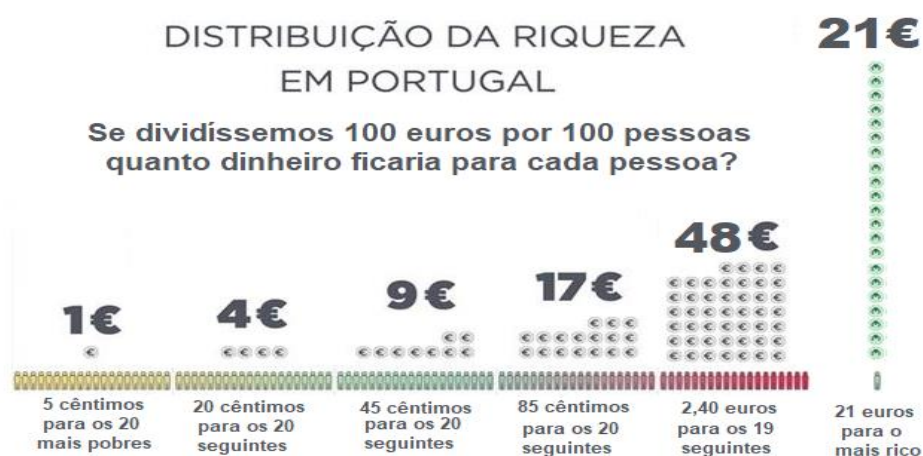
Ao consultar o relatório “Recompensem o trabalho, não a riqueza”, a Comissão de Combate à Fome de Oxford (OXFAM, 2018) refere que em 2017 houve um aumento "histórico" do

número de multimilionários, revela que 80% da riqueza total gerada, ficou nas mãos de 1% da população e que metade da população mundial não ficou com qualquer parcela daquela riqueza.

O peso da fortuna dos mais ricos ainda é maior do que se julgava, de acordo com o Banco Central Europeu, em Portugal um quarto da riqueza está nas mãos de 1% da população.

Os estudos sobre as desigualdades na distribuição e acumulação da riqueza têm aumentado a partir da análise das declarações fiscais dos contribuintes individuais, registos patrimoniais e nos inquéritos diretos às populações. A distribuição da riqueza em Portugal como podemos observar no gráfico seguinte (Gráfico 1), apresenta características de desigualdade diferenciadas na distribuição de riqueza, no qual o mais rico recebe 21 euros e o mais pobre 0,5 cêntimos dos 100 euros gerados e distribuídos por 100 pessoas.

Gráfico 1 - Distribuição da riqueza em Portugal

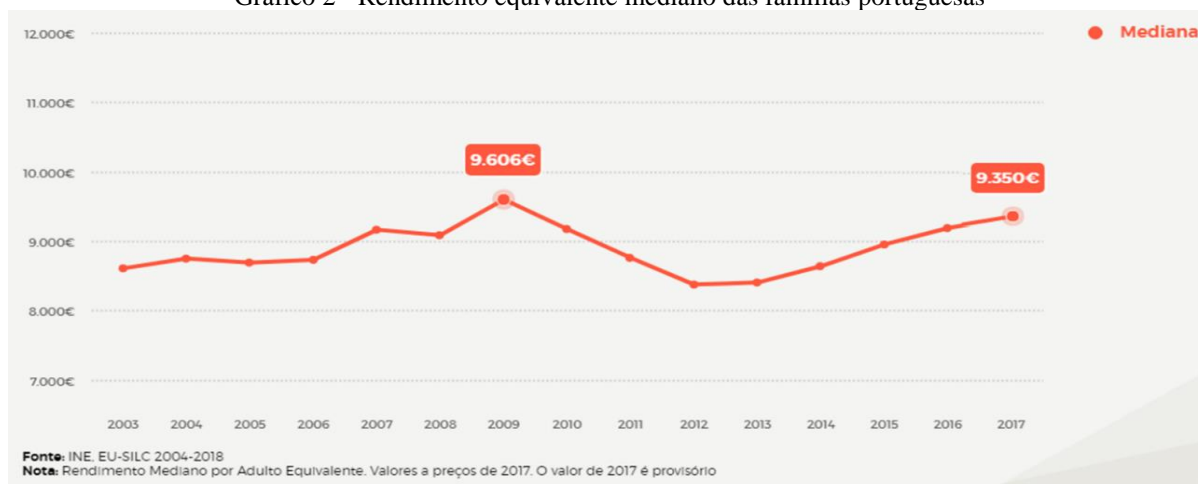


Fonte: Pinto (2014). A distribuição da riqueza em Portugal: um estudo de caso.

A distribuição de riqueza em Portugal em 2014 está em linha com os estudos sobre outros países europeus, apresentando um aumento considerável no, já elevado, nível de desigualdade.

Em 2017, tal como se constata no Gráfico 2, o rendimento equivalente mediano das famílias portuguesas subiu, em termos reais, cerca de 1,7%, passando de 9 194 para 9 350 euros/ano no espaço temporal de 10 anos (2007-2017).

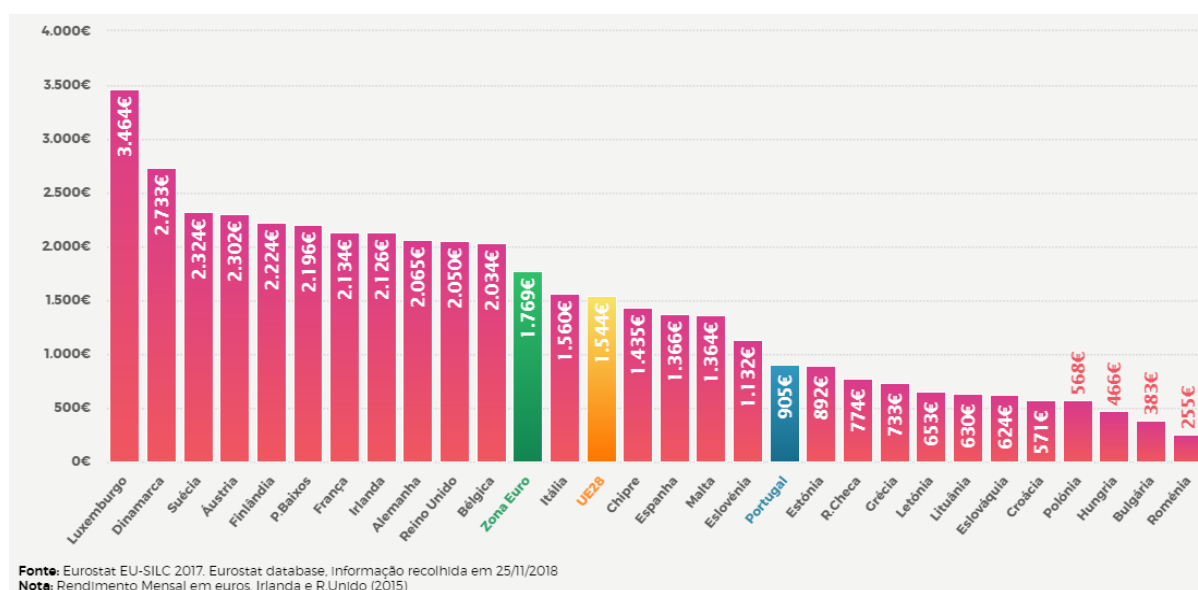
Gráfico 2 - Rendimento equivalente mediano das famílias portuguesas



Disponível em <https://portugaldesigual.ffms.pt/evolucaodasdesigualdades>, consultado a 29/01/2019

Em 2016 o rendimento mensal equivalente na união europeia (valores em euros), situa-se nos 1769 euros, sendo que em Portugal fica pelos 905 euros, cerca de metade da média da zona euro (Gráfico 3).

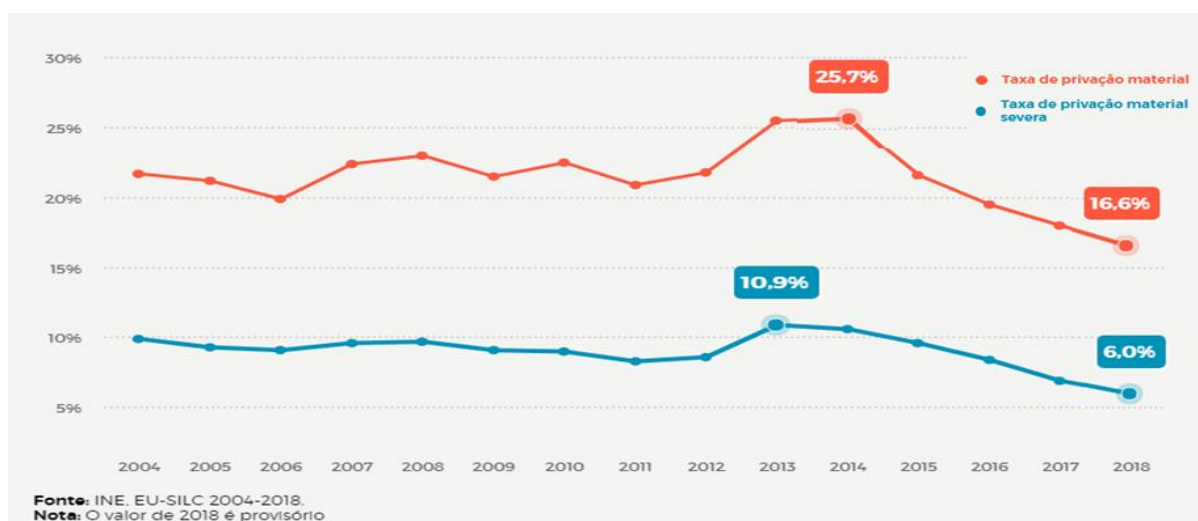
Gráfico 3 - Rendimento mensal equivalente na união europeia



Disponível em <https://portugaldesigual.ffms.pt/evolucaodasdesigualdades>, consultado a 29/01/2019

Por sua vez, quando avaliados em Portugal os indicadores de privação material verificamos que ao longo da última década a taxa de privação material tem-se mantido constante na casa dos 20 a 24 %, com agravamento no período de intervenção financeira que o país foi alvo, ultrapassando os 25% em 2013 e 2014, para depois apresentar uma descida acentuada, situando-se atualmente nos 16,6% (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Indicadores de privação material

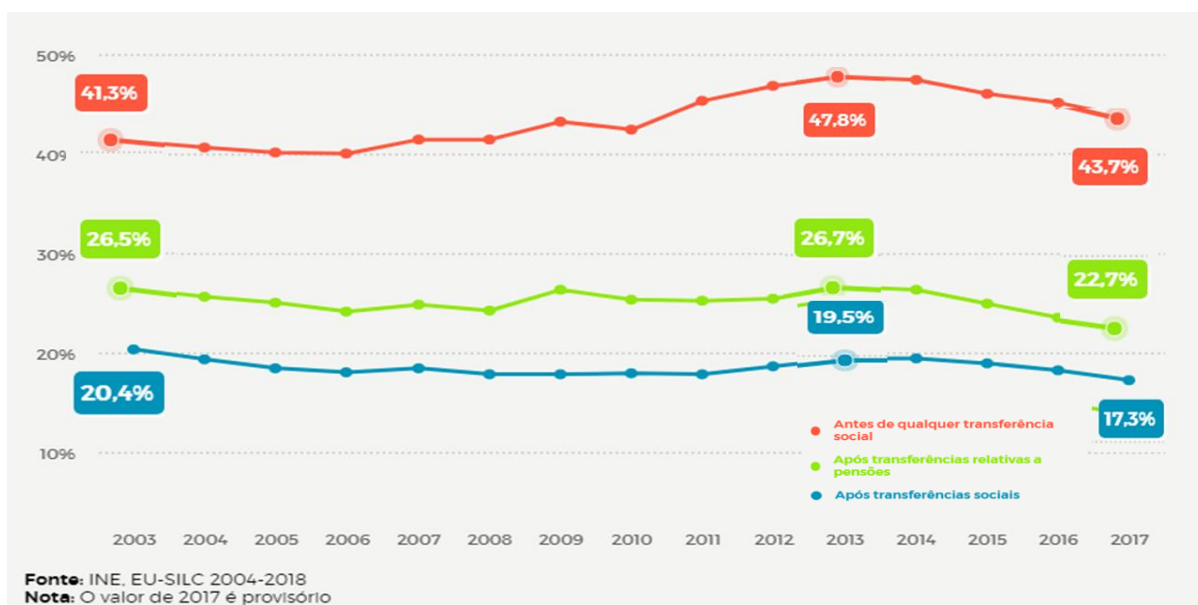


Disponível em <https://portugaldesigual.ffms.pt/evolucaodasdesigualdades>, consultado a 29/01/2019

Já quando analisada a taxa de privação material severa, verificamos que esta se mantém estável na última década, muito próxima dos 10%, tendo sofrido um agravamento em 2013, que se reflete em 10,9% das pessoas, o qual corresponde também ao período de intervenção financeira externa, onde as medidas de apoio social foram reduzidas. No entanto a partir de 2013 esta taxa teve um decréscimo acentuado e consistente, apresentando atualmente 6,0% da população em privação material severa.

Se olharmos para o impacto das transferências sociais na pobreza, no Gráfico 5 podemos observar o impacto das intervenções do estado com as políticas sociais.

Gráfico 5 - Impacto das transferências sociais na pobreza



Disponível em <https://portugal desigual.ffms.pt/evolucaodasdesigualdades>, consultado a 29/01/2019

Podemos contar que em 2017 cerca de mais de 43% da população está dependente de prestações na forma de transferências sociais de várias naturezas, sejam elas pensões, subsídios, abonos, etc. Já após estas transferências na forma de pensões verificamos que 22,7% da população se mantém em estado de pobreza. Após as transferências sociais de combate à pobreza verifica-se que 17,3% permanece neste estado de pobreza. Esta diferença superior a 5%, tem-se mantido constante ao longo dos últimos 15 anos, permanecendo esta proporcionalidade após transferências sociais. Ou seja, as políticas públicas reduzem a pobreza em cerca de 5%, mantendo-se esta, sempre próximo dos 20% da população. Apesar do decréscimo nos últimos 3 anos, os valores ainda são próximos dos valores que o país apresentava antes do período de intervenção financeira externa.

Saúde das Pessoas

Fazer uma análise da saúde num país, implica analisar a morbilidade na população. Em Portugal, como se pode observar na infografia seguinte (Infografia 1), as 5 causas principais de morbilidade segundo a sua prevalência são: as doenças musculo esqueléticas com 25,1%, as perturbações mentais e do comportamento com 17,7%, as outras doenças com 17,3%, as perturbações neurológicas 8,9% e por último a diabetes e outras doenças endócrinas com 7,7%.

Todas estas causas de morbilidade têm impactos financeiros nas famílias afetadas, seja por via dos custos, associados ao problema de saúde, seja por via do absentismo ao trabalho, ambas com efeitos mais ou menos tangíveis no rendimento familiar.

Infografia 1 – Morbilidade em Portugal em 2015



Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2017, Relatório sobre a Saúde em Portugal – O que se sabe em 2017

Se analisarmos a infografia 2, observamos as 5 doenças transmissíveis mais presentes na vida dos portugueses em 2015. Em primeiro lugar temos a tuberculose com uma taxa de incidência de 19,2 casos por cada 100 000 habitantes, ou seja, 1987 casos. Em segundo lugar apresentasse-nos a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) com uma taxa de incidência de 11,6 casos por cada 100 000 habitantes, ou seja, 1198 casos. Em terceiro lugar temos a sífilis com uma taxa de incidência de 7,6 casos por cada 100 000 habitantes, ou seja, 791 casos. Em quarto lugar aparece a gonorreia com uma taxa de incidência de 4,5 casos por cada 100 000 habitantes, ou seja, 468 casos. Por último em quinto lugar surgem as salmoneloses com uma taxa de incidência de 3,2 casos por cada 100 000 habitantes, ou seja 332 casos.

Infografia 2 - Doenças transmissíveis em Portugal em 2015



Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2017, Relatório sobre a Saúde em Portugal – O que se sabe em 2017

Também neste “TOP 5” estes problemas de saúde afetam a vida das pessoas e têm efeito no rendimento das famílias. No entanto estes problemas de saúde estão diretamente relacionados com os baixos rendimentos, que levam à falta de condições de vida ou à falta de informação. A iliteracia em saúde é proporcionalmente inversa ao nível de rendimento, ou seja, a doença e a pobreza andam de mãos dadas e sempre juntas. Sendo esta simbiose quase sempre prejudicial para os pobres.

Urge portanto, medidas sociais de combate à pobreza e ao mesmo tempo programas de literacia em saúde, para que as pessoas possam tomar decisões de saúde informadas, dentro das suas limitações e constrangimentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a literacia em saúde, como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e

compreender a informação básica de saúde e serviços de uma forma que seja promotora da sua saúde (OMS, 1998).

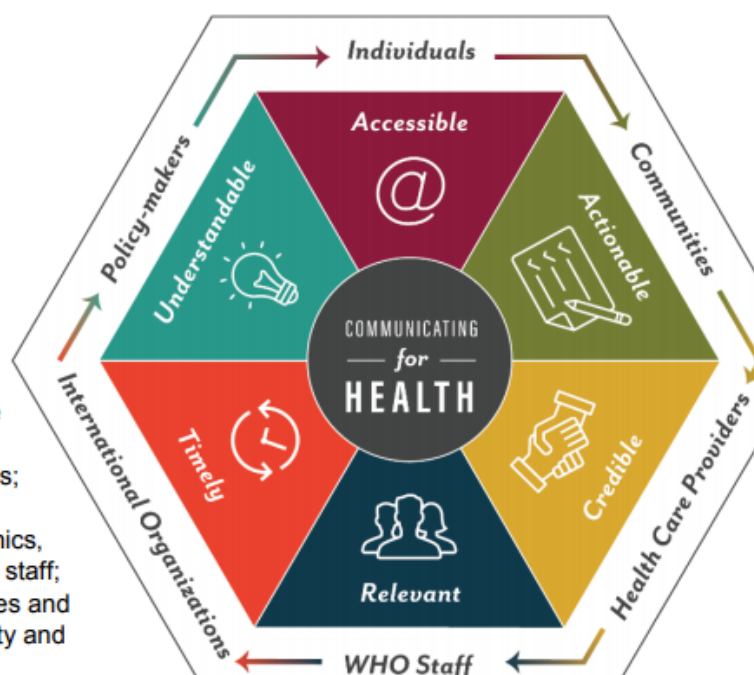
Associado a esta problemática, segundo a OMS importa desenvolver uma comunicação eficaz, a estrutura dessa comunicação deve ser organizada de acordo com seis princípios: Acessível, Acionável, Credível e confiável, Relevante, Oportuno, Compreensível (Infografia 3).

Infografia 3 – OMS princípios de comunicação eficaz

The Framework is organized according to six principles to ensure WHO communications are:

- accessible
- actionable
- credible and trusted
- relevant
- timely
- understandable.

WHO strives at all times to ensure these principles are at the core of its communication activities and are reflected in the full range of materials and activities: social media messages; web-based fact sheets, feature stories, commentaries, infographics, Q&As; intranet content for WHO staff; press conferences, news releases and media advisories; videos; visibility and outreach activities etc.



Disponível em <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>; consultado a 29/01/2019

A OMS procura em todos os momentos garantir que estes princípios estejam no centro das atividades de comunicação dos profissionais, e que sejam refletidos em toda a gama de materiais e atividades: mensagens de media social; páginas da web; histórias, comentários, recursos, infografias, conteúdo da intranet para o staff; conferências de imprensa, notícias e assessoria de imprensa; vídeos; atividades de visibilidade e divulgação etc.

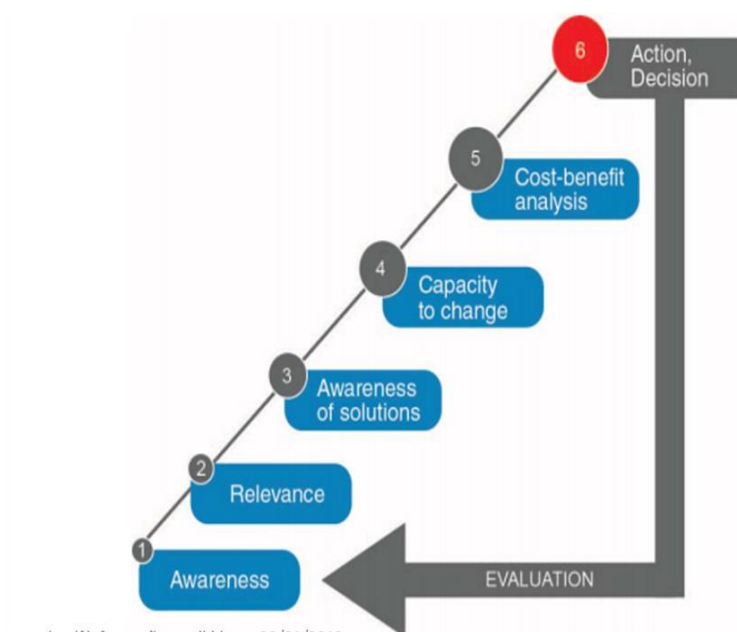
Políticas públicas

As políticas públicas sociais e/ou de saúde são primordiais para promover a igualdade de oportunidades, e reduzir o fosso entre pobres e ricos, bem como proteger os mais vulneráveis e que estão mais expostos ao ciclo de pobreza. Importa referir que embora a participação de todos seja possível e enquadrada, essa é uma realidade ainda muito longínqua. A participação

está intimamente ligada ao acesso à informação, condicionado nestas populações mais vulneráveis.

É aqui que os Profissionais de Saúde assumem um papel primordial de empoderamento, capacitação das pessoas, para que possam fazer escolhas livres e informadas. Promover a ação das pessoas com uma comunicação eficaz, esta pode ser conseguida com ajuda de uma comunicação continua de acordo com a infografia 4, podemos levar as pessoas à tomada de decisão e à ação.

Infografia 4 – Continuo de comunicação/ação



<https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf> informação recolhida em 29/01/2019

A ação e a tomada de decisão estão dependentes da tomada de consciência do problema de saúde, da sua relevância, de encontrar ou ter conhecimento de soluções para o seu problema de saúde, associado à competência necessária e que em muitos casos deve ser trabalhada e reforçada ao nível da mudança (capacidade para mudar para melhor), e ao mesmo tempo a pessoa seja capaz de analisar o custo-benefício que essa ação lhe pode trazer.



The International Conference on Primary Health Care at the Lenin Convention Center in Alma-Ata in September 1978.

Ao nível das políticas públicas alavancadas pela 30.^a Assembleia da ONU e em 1978 pela Conferência de Alma-Ata, estas implicaram necessariamente a melhoria de saúde das populações. No nosso país, muitos são os indicadores que nos trazem orgulho devido ao percurso percorrido ter sido significativo e positivo no que diz respeito a ganhos em saúde. Contudo, ainda existe um longo e penoso caminho, para percorrer, no alcance da erradicação da pobreza e consequentemente das vulnerabilidades das populações, capacitando-as para as escolhas informadas em saúde.

Conclusão

Podemos afirmar que Portugal, apresenta inúmeras políticas sociais, com impacto na vida das populações. Mas, aparentemente, é necessária uma maior consistência nessas mesmas políticas, e com prioridades muito bem definidas, de forma a que as pessoas sintam que, efetivamente, podem aspirar a soluções para as suas vidas, em especial... nos momentos de maior vulnerabilidade.

Importa também desenvolver as políticas e apoiar iniciativas de ONGs que promovam e procurem a erradicação da pobreza e do conjunto de vulnerabilidades que lhes estão associadas, com consequências intangíveis na sociedade, impedindo ou limitando o pleno desenvolvimento das pessoas e do país (Rodrigues, 2016).

Verificamos que o impacto das transferências sociais na pobreza é uma realidade, ainda que reduzido, nas políticas que promovem o acesso à saúde, “não existem apenas limitações fortes

no acesso, como também estas limitações afetam de forma desproporcional os mais pobres” (OPSS,2018:86). O seu cruzamento leva-nos a constatar que em Portugal se promovem políticas sociais de desenvolvimento humano e acesso à saúde, ainda que apresentem muitas lacunas, marginalmente, mantemos em paralelo uma cultura de igualdade na pobreza, através da manutenção de salários baixos, com o objetivo e aspiração do investimento externo.

Bibliografia

- Conselho Nacional de Saúde (2017). *Relatório sobre a saúde em Portugal: O que se sabe em 2017*. Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2016) *Inquérito Nacional de Saúde de 2014*. Lisboa. ISBN 978-989-25-0356-1
- Mónica, Maria Filomena (2016). *Os Pobres*. Edição: Esfera dos livros. ISBN: 9789896267940
- OMS (2015). *WHO Strategic Communications Framework Principles for Effective Communications*. Disponível: <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>
- OXFAM (2018). *Recompensem o trabalho, não a riqueza*. OXFAM Annual Report & Accounts. Disponível: <http://www.oxfamannualreview.org.uk/wp-content/uploads/2017/11/oxfam-annual-report-2016-17.pdf>
- Pinto, Paulo Notário (2014). *A distribuição da riqueza em Portugal: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio caminho andado - Relatório Primavera*. Disponível: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Rodrigues, Carlos F., Figueiras, R. e Junqueira, V. (orgs) (2016). *Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal: as consequências sociais do programa de ajustamento*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Wolff, E. N. (1998). *Recent Trends in the Size Distribution of Household Wealth*. Journal of Economic Perspectives, 12, 131-150.

A Saúde (não) tem Preço: Perceções dos Cidadãos mais Vulneráveis no Acesso à Saúde²⁶

Elizabeth Santos, EAPN Portugal, elizabeth.santos@eapn.pt

Fátima Veiga, EAPN Portugal, fatima.veiga@eapn.pt

Paula Cruz, EAPN Portugal, paula.cruz@eapn.pt

Resumo

A desigualdade de rendimento tem um impacto efetivo no acesso à saúde por parte das pessoas mais vulneráveis, limitando as suas oportunidades em aceder de forma igualitária aos serviços. Embora os serviços disponíveis em Portugal sejam universais, serão sempre desiguais se não houver uma ação concertada que atue sobre a desigualdade de rendimento. A existência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) é condição necessária, porém não suficiente, para melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde. Através da realização de entrevistas qualitativas a indivíduos de ambos os sexos, com diferentes condições económicas e localizações geográficas foi possível perceber a sua relação com o SNS e apontar algumas recomendações. Procuramos conhecer os obstáculos vivenciados pelas pessoas em situação de pobreza e exclusão social no acesso aos serviços, numa situação de prevenção, situação aguda e de adesão ao tratamento. E também conhecer os obstáculos vivenciados pelas pessoas em situação de pobreza no acesso aos condicionantes de uma vida saudável.

Palavras chave: Vulnerabilidades, Saúde, Pobreza

Introdução

A premissa de que existe um desigual acesso aos cuidados de saúde por via da condição económica dos cidadãos está comprovada por vários estudos e relatórios nacionais e europeus. A questão que se coloca é perceber, de forma mais qualitativa, as implicações desta desigualdade na vida dos cidadãos e cidadãs e quais as estratégias que estes utilizam para debelar as dificuldades que vão enfrentando ao longo do seu percurso de vida. Nesse sentido, ao longo de 2017 desenvolvemos um estudo de carácter qualitativo que nos permitiu ouvir várias pessoas de vários pontos do país e conhecer um pouco melhor a sua situação social e económica e a sua relação com os serviços de saúde em Portugal. Procuramos também recolher recomendações com propósito explícito de dar voz aos cidadãos e perceber aquilo que para eles seria mais importante para alterar a sua situação no que diz respeito aos cuidados de saúde.

O retrato que traçamos do SNS é limitado à recolha que fizemos junto dos nossos entrevistados, mas permite-nos corroborar muitos estudos nacionais e internacionais que fundamentam que a pobreza e a exclusão social são um dos determinantes em saúde. Permite-nos também perceber

²⁶ A comunicação teve por base o estudo publicado no final de 2018: Santos, Elizabeth; Veiga, Fátima; Cruz, Paula, (2018). *A Saúde (Não) Tem Preço: percepção dos cidadãos no acesso à saúde*, Porto, Cadernos EAPN nº 24.

que o capital social e cultural que as pessoas possuem pode ser fundamental em situações de necessidade quando recorrem ao sistema. Tanto quanto a atual condição económica é importante também a sua história de vida, as suas relações interpessoais, as suas vivências passadas. Os mecanismos informais no acesso à saúde são muito relevantes e funcionam como alavancas para desbloquear situações e resolver problemas.

Os determinantes sociais no acesso à saúde

Em 1973, o ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde solicitou a elaboração de um “green paper” com orientações de uma nova direção da política de saúde para o país. O relatório *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*, conhecido como *Relatório Lalonde*, foi apresentado em 1974 e marca uma alteração importante na visão sobre a saúde pública. A perspetiva tradicional considera que a ciência e a prática da medicina são as principais responsáveis por toda a melhoria na área da saúde e associa a melhoria das condições de saúde das populações com a disponibilidade de médicos e hospitais. O relatório sublinha que a posição dominante focalizada nos cuidados de saúde individuais tem levado a que as despesas na saúde sejam geralmente direcionadas para melhorar a qualidade e a acessibilidade a esses cuidados. Esta perspetiva é considerada como limitada e reforça a existência de diferentes fatores nas doenças e a necessidade de distinguir quadro dimensões: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização dos cuidados de saúde.

Segundo o Relatório Lalonde (Lalonde, 1974), a dimensão biológica inclui os aspetos da saúde, tanto ao nível físico como mental, que se desenvolve no organismo humano, o que inclui a herança genética, o processo de envelhecimento e as diferentes componentes do organismo humano. A dimensão ambiental inclui os aspetos externos ao organismo humano e sobre os quais o indivíduo possui pouco ou nenhum controlo. Os estilos de vida, por outro lado, incluem os aspetos associados às decisões individuais que afetam as suas vidas e sobre os quais têm algum controlo, ou seja, decisões ou hábitos individuais que têm impacto negativo sobre a saúde. Por fim, na organização dos cuidados de saúde está associado ao sistema de cuidados de saúde organizados por cada sociedade.

Posteriormente, em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Conferência de Alma-Ata) onde foi reforçada a necessidade de uma ação urgente de todos os governos para a saúde de todos os povos. A Declaração de Alma-Ata lança a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e sublinha que os cuidados primários de saúde “Refletem, e a partir delas evoluem, as condições económicas e as características

socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública” e “Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978:2)

Segundo Correia et al. (2018) é na sequência da conferência de Alma-Ata que o tema dos determinantes sociais na saúde é incorporado na agenda internacional e são difundidos nos países ocidentais estudos e programas sobre as desigualdades na saúde com o pressuposto de quanto menor a hierarquia social da pessoa, mais precária é a sua saúde.

A Organização Mundial de Saúde define determinantes sociais de saúde como “as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos ao nível global, nacional e local. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas desigualdades na saúde – das diferenças injustas e evitáveis na condição de saúde existentes dentro e entre países” (OMS).

Em 2005, a OMS cria a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) com o objetivo de chamar a atenção dos governos para os determinantes sociais da saúde e para criar melhores condições sociais para a saúde, sobretudo junto dos mais vulneráveis. Composta por responsáveis políticos, investigadores e organizações da sociedade civil a CDSS defende uma perspectiva holística dos determinantes sociais de saúde. “A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade” (CDSS, 2010: 1).

Através deste relatório é incentivada uma nova abordagem ao desenvolvimento. Por um lado, é sublinhado que as políticas sociais, mesmo que não tenham sempre um enfoque na saúde e

na promoção da igualdade na saúde, devem ter como resultado a capacidade de produzir uma maior igualdade na saúde. Por outro lado, as políticas de saúde não podem estar centradas apenas no sector da saúde. “A acção sobre os determinantes sociais da saúde têm de envolver a totalidade dos governos, das comunidades locais e da sociedade civil, empresas, fóruns globais e agências internacionais. As políticas e programas têm de abranger todos os sectores chave da sociedade e não apenas o sector da saúde” (CDSS, 2010:1).

A metodologia utilizada no estudo

O estudo em que se baseia a apresentação assenta em primeira instância nas vivências de um conjunto de pessoas no acesso aos cuidados de saúde e nas perceções que têm acerca do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais. Optou-se pelo estudo de caso coletivo, no qual foram utilizados vários testemunhos para, através da sua comparação, conseguir um conhecimento mais profundo sobre de que forma as vulnerabilidades socioeconómicas determinam o acesso aos cuidados de saúde por parte dos sujeitos entrevistados. Assim, podemos afirmar que este estudo se focou nos aspetos descritivos e interpretativos da realidade dos sujeitos entrevistados.

Embora este estudo seja marcadamente qualitativo, não se pretendia que as pessoas selecionadas para o mesmo fossem representativas da situação de vulnerabilidade no país, mas que refletissem alguns dos grupos que vivenciam esta situação. As pessoas selecionadas para as entrevistas tinham uma problemática comum, viverem em situação de pobreza e exclusão social. Paralelamente e para efeitos de controlo procurou-se também selecionar algumas pessoas que não se encontravam nessa situação de carência económica. Pretendíamos com estas últimas entrevistas, que designamos de controlo, perceber de que forma e face à mesma situação – aceder aos serviços de saúde – que tipo de soluções estas pessoas mobilizavam, que recursos detinham, que perceções tinham face às dificuldades dos outros e que propostas gostariam de ver implementadas.

As pessoas entrevistadas foram identificadas segundo um conjunto de critérios: o perfil socioeconómico, ou seja, serem pessoas em situação de vulnerabilidade social e económica (em situação de pobreza e de exclusão social); a localização geográfica, identificado pessoas em todos os 18 distritos do país e procurando algum equilíbrio em termos de localização geográfica, ou seja, litoral Vs interior, urbano Vs rural; a dimensão do agregado familiar, ou seja, famílias numerosas, monoparentais ou unipessoais; diversidade em termos de situações de vulnerabilidade que fosse para além da económica, ou seja, situações de isolamento social,

pertença a minorias e situações de incapacidade física e/ou mental; um equilíbrio em termos de género.

Os testemunhos recolhidos e que estão na base do presente estudo foram baseados em 25 entrevistas semi-estruturadas: 19 entrevistas com pessoas em situação de vulnerabilidade e 6 as entrevistas de controlo. No primeiro caso foi feita uma entrevista em cada um dos distritos de Portugal continental, com exceção de Castelo Branco em que se realizaram duas entrevistas. E no segundo caso, foram realizadas entrevistas de controlo em Bragança, Vila Real, Leiria, Santarém, Évora e Faro. Foram entrevistadas 12 mulheres e 7 homens e nas entrevistas de controlo verificou-se um maior desequilíbrio tendo sido entrevistadas 5 mulheres e apenas 1 homem. Em termos etários a pessoa mais nova tem 28 anos e a mais velha 75 anos, havendo uma predominância do escalão etário acima dos 40 anos.

No que diz respeito ao agregado familiar, e relativamente ao estado civil a maior parte dos entrevistados são casados, logo seguido das pessoas divorciadas e das pessoas em situação de união de facto. Três dos entrevistados são solteiros. Existe também uma predominância de agregados com filhos a cargo.

Embora nas entrevistas de controlo os entrevistados com licenciatura sejam a maioria (4), nas outras entrevistas o número de entrevistados com ensino superior também é relevante (6). Se associarmos este número aos que referem ter o ensino secundário (12º ano) (4), verificamos que na generalidade os entrevistados têm um nível de escolaridade elevado. Só um entrevistado refere ter a 3ª classe (1º ciclo incompleto) e dois com o 1º ciclo completo. No total foram entrevistadas 9 pessoas com o ensino básico.

Do ponto de vista da situação perante o trabalho existe uma maior homogeneidade nas respostas, ou seja, uma grande parte dos entrevistados encontra-se numa situação de desemprego (13), existindo também situações de entrevistados empregados (2), reformados (3) e com incapacidade temporária (1). No caso das entrevistas de controlo as pessoas estão empregadas (4), ou reformadas (2).

Relativamente ao orçamento mensal, nem todos os entrevistados deram uma resposta precisa sobre o montante que auferiam, preferindo apontar um teto mínimo. No entanto podemos dizer que as duas pessoas empregadas recebem ordenado mínimo e as outras apontam valores na ordem dos 400-500€ mensais. Temos algumas situações em que o rendimento ultrapassa os 1000€, mas referem-se a situações específicas onde o agregado familiar é numeroso (6

elementos) ou no qual existe um elemento com deficiência profunda. No caso das entrevistas de controlo os montantes apontados ascendem a mais de 1500€ por mês.

Paralelamente foram entrevistados *stakeholders* nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia do Porto, a Cruz Vermelha Portuguesa e a Entidade Reguladora da Saúde.

As principais conclusões da investigação

Os *stakeholders* entrevistados salientam a mais-valia do SNS como sendo universal e tendencialmente gratuito. Destacam as diferenças no nosso sistema relativamente aos países da Europa Central (Alemanha, França, Holanda) onde a cobertura não é universal e o direito de acesso está, em grande parte, determinado pela existência de contribuição para um seguro. Estes países têm uma lógica de seguro de saúde que, muitas vezes combina o seguro compulsório (muitas vezes associado a uma ocupação profissional) e um seguro privado. De facto, os entrevistados (de uma forma ou de outra) salientam a evolução positiva nas últimas décadas do SNS e as conquistas feitas quer em termos de cobertura, quer em termos de gratuitidade (tendencialmente gratuito).

No entanto, este estudo salienta o impacto que as situações de pobreza e exclusão social possuem na vida dos entrevistados. Do ponto de vista global verificamos que as situações de vulnerabilidade económica, de desemprego, a baixa qualificação, as más condições de habitabilidade influenciam bastante a saúde dos entrevistados no presente, sendo também ameaças ao seu futuro. Um aspeto que nos permite abordar o conceito de gradiente social. Quanto mais as pessoas vivem ou experienciam situações de vulnerabilidade económica e social, maior é a probabilidade de terem uma baixa qualidade de vida, nomeadamente em termos de saúde, experienciarem situações de maior stress e desgaste emocional e mental. Esta situação estende-se aos membros do agregado familiar, como é possível perceber por alguns relatos, existindo, no entanto, na maioria dos casos um esforço para que a saúde dos filhos (ou de outros dependentes) seja sempre vigiada, procurando reduzir o aparecimento de doenças, ou então privilegiando o tratamento em primeiro lugar aos filhos e só depois aos progenitores. A existência deste gradiente social em termos de saúde permite-nos reconhecer o que diferentes peritos nestas temáticas têm vindo a alertar “quanto maior o nível de desvantagem experienciado, maior é o esforço exigido quer para elevar as oportunidades de vida em relação àquelas desfrutadas pelos grupos mais desfavorecidos, quer para atender aos riscos específicos que não são tratados adequadamente pelos sistemas universais. As condicionalidades nos

esquemas universais criam frequentemente barreiras ao acesso de grupos mais vulneráveis” (Goldblatt et al, 2015: 12).

Por outro lado, a possibilidade dos entrevistados terem uma maior qualidade de vida em termos de saúde é limitada por uma condição socioeconómica que é desfavorável já há algum tempo, ou que se deteriorou nestes últimos 10 anos. Isso é perceptível no discurso e sobretudo pela partilha de situações resultantes da perda de emprego ou de encerramento de negócios/empresas. É igualmente perceptível o impacto de algumas situações, que permanecem há já algum tempo, na degradação da saúde das pessoas entrevistadas ou de alguns dos seus familiares. Assim, não só as situações de vulnerabilidade socioeconómica têm impacto na saúde das pessoas, mas também que as situações de vulnerabilidade em termos de saúde têm impactos na vida socioeconómica das pessoas, ou seja, contribuem para que estas situações se mantenham por mais tempo, ou que se degradem, ou que seja muito mais difícil a sua reconversão.

A perceção desta dificuldade é reconhecida pelos entrevistados. Tal como é reconhecido o facto de não terem as condições necessárias para acederem à saúde tal como os restantes cidadãos. Esta reflexão que os entrevistados fazem acerca da existência ou não de iguais condições de acesso à saúde centra-se em dois grandes elementos: por um lado, no facto de não se conseguir recorrer a um médico privado, na maior parte das vezes para ter uma consulta de especialidade e, por outro lado, no facto de só ser possível comprar medicamentos genéricos, ou, de em alguns dos casos, não conseguir comprar toda a medicação que é necessária. Embora a compra dos medicamentos genéricos não seja uma situação exclusiva das pessoas que têm menos capacidade financeira, a possibilidade de só conseguirem comprar os genéricos e não os outros é encarado como uma vulnerabilidade.

O apoio à família é outro elemento que nos permite perceber como a situação de vulnerabilidade condiciona o acesso aos cuidados de saúde, principalmente quando comparado com os que não vivem de forma vulnerável. A situação económica em que a pessoa se encontra tem um impacto no tipo de respostas que se tentam encontrar para atender a essas doenças e, sobretudo, quando procuram respostas no SNS surgem um conjunto de dificuldades – algumas já referenciadas – que são apontadas como aspetos negativos dos serviços. O apoio a pessoas idosas é revelador dessa desigualdade. Em Faro foi possível recolher dois testemunhos de mulheres cuidadoras. Uma das entrevistadas dá apoio à mãe, acamada em casa. Na outra entrevista, de controlo, a esposa dá apoio ao marido, acamado também em casa. Em ambas as situações, existe algum apoio familiar por parte de irmãos ou filhos. Em ambos os casos existe

apoio institucional, mas na 1ª situação o apoio é de uma entidade privada sem fins lucrativos e no segundo caso de uma entidade privada com fins lucrativos. Apesar de ambas terem algumas experiências negativas com os serviços de saúde a que recorreram para apoiar os seus familiares, o tipo de soluções que encontraram foi diferente em virtude da disponibilidade económica de cada uma. A possibilidade de poder escolher um serviço que seja melhor e mais adequado às necessidades depende muito da capacidade económica e social. Por outro lado, uma vez que apoio dado ao cuidador ser ainda muito escasso, ou até inexistente, a possibilidade, do ponto de vista financeiro, de recorrer a essa ajuda ao nível privado pode melhorar significativamente a situação pessoal e profissional do cuidador. Esta fragilidade foi igualmente apontada pela entrevistada de Coimbra que é cuidadora da filha portadora de uma deficiência. Ambos os progenitores revelam ter a sua vida pessoal, profissional e mesmo física muito limitada em virtude de todo o apoio que têm de dar à filha e uma vez que as respostas que existem não se adequam às suas necessidades.

Podemos dizer que de uma forma global a identificação de áreas negativas dentro do SNS não varia entre os entrevistados com uma situação mais vulnerável e os entrevistados de controlo. O tratamento e a atenção dos profissionais de saúde, os medicamentos e o custo dos mesmos, assim como a falta de recursos técnicos e humanos sobressaem como fragilidades dos serviços e com impactos significativos na vida das pessoas. Há, contudo, o reconhecimento por parte dos entrevistados de controlo de que tudo pode ser pior para as pessoas mais vulneráveis, nomeadamente, em procurar alternativas e/ou em suportar os custos elevados do serviço de saúde, ou seja, mesmo este sendo público, as pessoas reconhecem que é caro.

Neste sentido, o estudo salienta sobretudo a importância da equidade no acesso à saúde que ainda não se encontra garantida. Importa que o investimento seja feito ao nível de um acesso mais equitativo do ponto de vista territorial. As disparidades regionais em termos de acesso a consultas, sobretudo de especialidade, quer seja no público, quer seja recorrendo ao sistema privado continuam a ser uma fragilidade do sistema e que importa debelar. As listas de espera para acesso a consultas, cirurgias e a exames permanece um problema e as soluções passam por aumentar os recursos humanos nos territórios mais deficitários, atraindo esses recursos através de melhores condições remuneratórias e outros incentivos.

Outra conclusão prende-se com a necessidade de investir na literacia dos utentes. Estes necessitam de estar mais informados de forma a garantir uma melhor capacidade de aceder aos seus direitos, mas também porque dessa forma se torna possível que colaborem melhor no seu tratamento e na prevenção de potenciais doenças.

A pressão do envelhecimento da população sobre o SNS vai ser imensa a curto prazo, pois cada vez se vive mais tempo e à medida que a idade avança são precisos mais cuidados continuados e os recursos precisam de acompanhar estas mudanças. Os cuidadores informais também necessitam de apoios específicos e que neste momento não existem. Reconhecer social e juridicamente os cuidadores informais é reconhecer o ato e o valor de quem cuida, as necessidades de quem é cuidado, e encontrar formas de promover uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva. Garantir estes apoios é também agir na prevenção de problemas de saúde física e mental dos próprios cuidadores informais.

Nesta dimensão importa considerar as necessidades ao nível do apoio psicossocial, direito ao descanso, horário flexível, formação, baixa prolongada. Salientamos ainda que a imagem que os entrevistados têm dos profissionais de saúde é no geral positiva e que as questões relacionadas com as falhas no sistema (listas de espera, falta de recursos e equipamentos, etc.) não são atribuídas aos profissionais, mas sim à insuficiência de recursos e de orçamento para esta área. À exceção de alguns relatos a maioria dos entrevistados diz ter uma boa relação com o seu médico de família e com os serviços de proximidade (centro de saúde).

Bibliografia

- CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, OMS.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.
- Correia, Tiago et al., “Desigualdades Sociais na saúde: um olhar comparativo e compreensivo” in: Carmo, Renato M. et al. (org) (2018), *Desigualdades Sociais. Portugal e a Europa*, Ed. Mundos Sociais, Lisboa, pp.23-39.
- Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L & Costongs C (2015). *Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project*, Brussels, EuroHealthNet.
- Lalonde, M (1974), *New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*, Minister of Supply and Service: Canada.

Pobreza e Desenvolvimento Humano – Portugal e o Mundo

José Rebelo dos Santos
Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal
jose.rebelo@esce.ips.pt

Resumo

Desde 2010 que o Índice de Desenvolvimento Humano incorpora a esperança de vida à nascença (remetendo necessariamente para o acesso à saúde), a educação (remetendo para escolaridade média e escolaridade esperada) e o rendimento (associado ao Produto Interno Bruto per capita com paridade de poder de compra).

O nosso objetivo é fazer uma análise evolutiva do Índice de Desenvolvimento Humano de Portugal entre 2010 e 2017 com base nos relatórios de desenvolvimento humano, procurando ainda comparar os dados de Portugal com os de outros países da Europa e do mundo. Recorde-se que Portugal em 2017 integrava os países com índice de desenvolvimento muito alto, encontrando-se na quadragésima primeira posição.

Nesse sentido e em termos de contextualização utilizar-se-ão dados do último relatório da OXFAM sobre bem-estar público ou benefício privado (dados de 2018) que dá conta do crescimento do fosso entre os mais ricos e os mais pobres e os dados apresentados pelo sueco Hans Rosling que nos mostram uma perspetiva bastante mais otimista que dá conta da efetiva redução do número de pobres no mundo em cerca de 200 mil por dia (pobreza absoluta dada como número de pessoas com rendimento inferior a dois dólares por dia).

Palavras chave: Índice de Desenvolvimento Humano, Portugal

Introdução

Quer o conceito de pobreza, quer o conceito de desenvolvimento humano são de difícil interpretação dada a sua complexidade e as dimensões que podem incorporar. No entanto ambos permitem medir algo supostamente concreto que contribua para perceber até que ponto as pessoas conseguem satisfazer as suas necessidades (básicas ou de outra ordem), qual o grau da sua qualidade de vida e de bem-estar.

Um dos indicadores que tem sido utilizado e muito aceite nesse âmbito é o Índice de Desenvolvimento Humano (indicador que na génese considera de forma agregada, dados mais ou menos complexos a nível da saúde, da educação e do rendimento) que ao longo do tempo tem sofrido algumas alterações.

O nosso objetivo central é analisar, evolutivamente, o Desenvolvimento Humano em Portugal entre 2010 e 2017, com base no Índice de Desenvolvimento Humano. Pretende-se ainda comparar os dados de Portugal com os dos outros países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e ainda com Espanha e França, pela proximidade geográfica e com a China e Índia por serem os países mais populosos do mundo. Antes sentimos necessidade de contextualizar o significado de Índice de Desenvolvimento Humano, explicar como é

constituído bem como de o relacionar com o conceito de pobreza (enquanto pobreza absoluta e ou pobreza relativa).

Assim, o texto integra duas partes: uma de contextualização teórica com dois pontos (pobreza e índice de desenvolvimento humano) e outra dedicada à análise evolutiva já referida no que se refere a Portugal e aos países mencionados.

Os dados são sobretudo os constantes nos relatórios de desenvolvimento humano, complementados com outros, nomeadamente do Relatório da OXFAM.

1. Pobreza e Desenvolvimento Humano

No âmbito da análise social, a Pobreza e o Desenvolvimento Humano são amplamente analisados e discutidos dada a sua relevância nas sociedades tanto numa perspetiva histórica como na atualidade.

A nível das dimensões da desigualdade social indissociáveis do Desenvolvimento Humano, destacam-se pela sua importância os relativos aos rendimentos e os relativos à escolaridade (Costa, 2012), havendo uma relação entre ambos.

Nos pontos que seguem vamos apresentar e discutir em primeiro lugar a Pobreza e depois o Desenvolvimento Humano.

1.1 Conceito de Pobreza

As desigualdades sociais, económicas, espaciais, religiosas, étnicas, sexuais ou outras, têm sido amplamente estudadas no âmbito das ciências sociais (Cabral, Vala e Freire, 2000), sendo a pobreza uma das expressões dessa desigualdade ligada, em primeira instância, ao rendimento. A desigualdade de rendimentos pode analisar-se numa perspetiva nacional, remetendo para as diferenças que ocorrem dentro de um mesmo país ou numa perspetiva mais abrangente tendo em conta que esta corresponde a um fenómeno mundial (Milanovic, 2017). Interessa-nos particularmente, neste caso, analisar as desigualdades entre diferentes países.

Embora a pobreza possa ser estudada enquanto conceito multidimensional, englobando indicadores ligados à educação, à saúde e às condições de vida (Alkire, Jindra, Robles and Vaz, 2016), no caso, pretendemos apenas considerar a pobreza extrema e a pobreza relativa.

A partir de indicadores ligados ao conceito de pobreza, pode medir-se o bem-estar. Entre esses indicadores destacam-se os de pobreza extrema e de pobreza relativa.

No primeiro caso são considerados pobres todos aqueles que auferem menos de 1,25 dólares por dia em paridade de poder de compra a preços de 2005 (Ramos, 2013), ou seja, pressupondo

que, qualquer que fosse o país ou região, seria possível, com 1,25 dólares adquirir exatamente os mesmos produtos / bens / serviços. Apesar da aparente objetividade do conceito de pobreza absoluta, há mesmo assim sempre alguma subjetividade decorrente da forma como se calculam os rendimentos, admitindo-se por exemplo que possam existir alguns rendimentos “ocultos” (em geral não monetários) que por essa razão acabam por não ser tidos em conta.

A condição de pobre, no âmbito do conceito de pobreza relativa é atribuída a quem tenha rendimento inferior a uma parte pré-determinada do rendimento médio ou mediano, pelo que a pobreza relativa é função do nível geral de riqueza da sociedade (Schauer, Radermacher, 2003, cit in Mendes, Pinto e Santos, 2005).

A pobreza relativa considera pobres todos aqueles que auferam um rendimento inferior a 60% da mediana de rendimentos na região / país em causa (limiar da pobreza), assumindo, portanto, uma enorme variabilidade em função da região e dificultando análises comparativas (Ramos 2013).

Com efeito, ainda que os rendimentos de determinados indivíduos, sejam elevados o suficiente para satisfazer todas as suas necessidades, se comparativamente à sociedade em que estão integrados forem inferiores a 60% da mediana de rendimentos esses indivíduos serão considerados pobres. Ao invés, se numa sociedade uma grande parte da população auferir rendimentos similares, ainda que os mesmos não sejam suficientes para satisfazer as suas necessidades básicas, essa sociedade quase não terá pobres.

Assim sendo a pobreza relativa permite medir sobretudo desigualdades dentro dum mesmo país. Há ainda “um constrangimento decorrente da opção conceptual: ao partir da mediana, ou duma parte desta, o número de pobres será sempre inferior a 50%; acresce ainda que, supondo uma distribuição equilibrada dos que têm rendimento inferior a 60% do valor da mediana pelos diferentes valores possíveis, a pobreza não abrangerá mais de 30% dos indivíduos” (Mendes, Pinto e Santos, 2005, p. 3).

Em Portugal o limiar da pobreza era em 2009 de 5207 euros / ano.

Associado ao conceito de pobreza relativa surge um outro problema ligado ao risco de pobreza, pois mesmo que se dê o caso de um conjunto de indivíduos aumentar substancialmente os seus rendimentos e consequente o poder aquisitivo, poderão passar a ser pobres, bastando para isso que a fasquia suba mais que esse aumento.

Em relação às possíveis causas da pobreza, estas estão associadas a desigualdades que podem advir, nomeadamente de disparidades nos rendimentos do trabalho com destaque para as

salariais e podem explicar-se com base em duas hipóteses (Piketty, 2014): o salário de cada um relaciona-se com o seu contributo para produção ou administração da empresa em que exerce atividade; há uma relação entre o salário auferido pelos detentores de determinada qualificação, e oferta e procura de profissionais com essa qualificação.

A pobreza pode considerar-se em certa medida, como o lado mais visível dum fenómeno mais vasto que é a exclusão social (Rodrigues, Samagaio, Ferreira, Mendes e Januário, 1999).

1.2 Indicador de Desenvolvimento Humano

O Indicador do Desenvolvimento Humano é um indicador de bem-estar que corresponde a um indicador sintético que abarca três dimensões: rendimentos, saúde e educação (Ramos, 2013).

Embora o IDH tenha sido criado nos anos 90 só em 2010 foi sujeito a alterações substanciais, integrando três dimensões (Ramos, 2013):

- indicador de rendimento que no caso é o Rendimento Nacional Bruto em paridade de poder de compra RNBpc;
- Indicador de acesso à saúde que se traduz na esperança média de vida à nascença;
- Indicador de educação que é a média do número médio de anos de escolaridade da população e do número de anos de escolaridade esperada para os que iniciam a escolaridade.

Estas três dimensões são agregadas num só índice através da média geométrica simples (corresponde à raiz quadrada do produto dos dois números).

Os valores variam entre 0 (sem nenhum desenvolvimento) e 1 (com o máximo de desenvolvimento) e podem agrupar-se em 4 categorias:

- **Desenvolvimento Humano muito alto** quando os valores se situam entre 0,8 e 1;
- **Desenvolvimento Humano alto** quando os valores se situam no intervalo entre 0,7 e 0,799;
- **Desenvolvimento Humano médio** para valores superiores a 0,55 e inferiores a 0,699;
- **Desenvolvimento Humano baixo** valores inferiores a 0,55.

O índice de desenvolvimento humano pode ser analisado de forma desagregada e complementarmente disponibilizar outras informações relevantes para caraterizar o desenvolvimento humano, nomeadamente:

- IDH Ajustado à Desigualdade (**IDHAD**) ajusta o IDH de acordo com o grau de desigualdade;

- IDH por género (**IDHG**) compara valores de IDH femininos e masculinos.
- Índice de Desigualdade de Género (**IDG**) no sentido de verificar o grau de capacitação feminino comparativamente ao dos homens;
- Índice de Pobreza Multidimensional (**IPM**) que permite medir dimensões de pobreza sem relação com o rendimento.

Em 2016, nos primeiros lugares do ranking de IDH encontram-se a Noruega, a Austrália e a Holanda e nos últimos lugares, o Burundi, o Níger e a República Democrática do Congo (Kpolovie, Ewansiha and Esara, 2017)

2. Análise evolutiva do Índice de Desenvolvimento Humano entre 2010 e 2017

Analisando o Quadro 1, há alguns dados que merecem destaque: o crescimento contínuo da esperança de vida à nascença que em 2017 chegou aos 81,4 anos.

Verifica-se também uma evolução consolidada da média de anos de escolaridade com um aumento expressivo e também uma evolução embora menos substancial dos anos de escolaridade expeáveis para os que iniciam a escolaridade no ano de análise. De qualquer forma estamos já com expeativas bastante elevadas (16,3 anos).

Quadro 1 - Índice de Desenvolvimento Humano em Portugal de 2010 a 2017

Anos	Esperança de vida à nascença	Educação Anos escolaridade esperados / Média de anos de escolaridade	Rendimento <i>Per capita</i> ppc	Índice	Lugar no ranking
2010	79,9	16,0 / 8,1	26.318	0,822	40º
2011	80,2	16,1 / 8,3	26.624	0,826	41º
2012	80,4	16,2 / 8,5	25.180	0,829	43º
2013	80,6	16,7 / 8,6	25.305	0,837	41º
2014	80,8	16,4 / 8,9	25.572	0,839	43º
2015	81,0	16,4 / 9,1	25.860	0,842	41º
2016	81,2	16,3 / 9,2	26.521	0,845	42º
2017	81,4	16,3 / 9,2	27.315	0,847	41º

Fonte: <http://www.hdr.undp.org/en/indicators>

Em relação aos rendimentos per capita em paridade de poder de compra há a sublinhar que no ponto alto da crise (2012) estes decresceram substancialmente até 25.180€, registando-se

depois um crescimento contínuo modesto que permitiu superar os valores de 2010 apenas em 2017.

O lugar de Portugal neste *ranking* revela alguma estabilidade no decurso do período em análise. No entanto, a posição relativa não deixa de ser em 2017, inferior à alcançada em 2010 (41º lugar em vez de 40º lugar).

Se compararmos os valores do IDH para Portugal entre 2010 e 2017 com os dos restantes países da CPLP, (quadro 2) constatamos que em Portugal os valores são bastante superiores (entre 0,822 em 2010 e 0,847 em 2017), surgindo em segundo lugar, mas muito distanciado o Brasil (entre 0,727 em 2010 e 0,759 em 2017), seguido de Cabo Verde (variando entre 0,629 e 0,654) e Timor Leste (com variação entre 0,619 e 0,625).

Mesmo assim tratam-se de valores bastante aquém dos da nossa vizinha Espanha e mais ainda dos de França (variando entre 0,865 e 0,891 no primeiro caso e entre 0,882 e 0,901 no segundo). É interessante constatar que neste período de entre todos os países que analisámos há um aumento contínuo dos valores do índice, com exceção de Timor Leste em que se verificam algumas intermitências. Não podemos deixar de destacar pela negativa os valores de Moçambique, que apesar dos seus vastos recursos naturais se apresenta com valores mais modestos. Tal como Moçambique, também a Guiné Bissau, tem valores inferiores a 0,55, pelo que está na categoria de Desenvolvimento Humano baixo.

Em 2017 no grupo de Desenvolvimento Humano Alto constava apenas o Brasil, sendo que Angola, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Timor Leste obtinham um Desenvolvimento Humano médio. A China apresenta valores muito próximos aos de Portugal, portanto com um Desenvolvimento Humano também muito alto e finalmente a Índia a apresentar valores que lhe permitem integrar-se no grupo de Desenvolvimento Humano médio.

Quadro 2 - Índice de Desenvolvimento Humano por país 2010 – 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Portugal	0,822	0,826	0,829	0,837	0,839	0,842	0,845	0,847
Espanha	0,865	0,870	0,873	0,875	0,880	0,885	0,889	0,891
França	0,882	0,884	0,886	0,889	0,894	0,898	0,899	0,901
Brasil	0,727	0,731	0,736	0,748	0,752	0,757	0,758	0,759
Angola	0,520	0,535	0,543	0,554	0,564	0,572	0,577	0,581

Moçambique	0,403	0,407	0,412	0,423	0,427	0,432	0,435	0,437
Guiné Bissau	0,426	0,435	0,437	0,440	0,445	0,449	0,453	0,455
Cabo Verde	0,629	0,635	0,636	0,642	0,644	0,647	0,652	0,654
S. Tomé e Príncipe	0,542	0,548	0,551	0,560	0,567	0,580	0,584	0,589
Timor Leste	0,619	0,624	0,599	0,614	0,610	0,630	0,631	0,625
China	0,808	0,814	0,819	0,828	0,833	0,840	0,842	0,843
Índia	0,581	0,591	0,600	0,607	0,618	0,627	0,636	0,640

Fonte: <http://www.hdr.undp.org/en/indicators>

O quadro 2 põe em evidência a evolução positiva registada em todos os países em análise. Há progressos notáveis globalmente no âmbito do combate à pobreza. Dados compilados pela OXFAM (confederação de 20 organizações que atuam em mais de 90 países na luta contra a pobreza) evidenciam que entre 1990 e 2015 o número de pessoas a viver em pobreza extrema reduziu-se em mais de 60% passando 1.900 milhões para 736 milhões.

Esta perspetiva positiva é enfatizada na obra do sueco Hans Rosling que sublinha os avanços muito substanciais também a nível de esperança de vida à nascença.

Mas ainda está muito por fazer dia.

Continuam a existir enormes desigualdades entre ricos e pobres e estas têm-se vindo a agravar e traduzem-se em diferenças substanciais no acesso a cuidados de saúde e a alimentação.

Numa mesma cidade a esperança de vida entre um rico e um pobre pode ser de 6 anos em Londres e de 25 anos em São Paulo.

Conclusão

Os dados disponibilizados pelos Relatórios de Desenvolvimento Humano sobre Portugal, posicionam-no como um país em que a generalidade das pessoas consegue satisfazer as suas necessidades básicas, afastando-o, portanto, bastante dos países com pobreza extrema. Não obstante, se analisarmos a pobreza relativa, o facto de se tratar de um país com elevados níveis de desigualdade acaba por refletir-se em valores elevados neste domínio. Por se tratar de pobreza relativa não é possível fazer comparações objetivas entre países. Voltando ao IDH, Portugal integra o grupo de países de índice de desenvolvimento humano muito elevado, embora em termos europeus não se destaque neste domínio pela positiva.

Por outro lado, entre 2010 e 2017 os dados colocam em evidência, no caso português, bastante estabilidade em termos de posicionamento no ranking de IDH, traduzindo-se numa evolução de todos os indicadores que o compõem. Ou seja, tanto em termos de esperança de vida à nascença, como em termos educacionais e de rendimentos verificou-se um crescimento ao longo do período. Apenas no caso dos rendimentos (tendo em conta a crise de 2012) é que o crescimento não é contínuo, tendo havido um período de decréscimo e posteriormente recuperação.

Mas é inquestionável, que os valores do IDH português são substancialmente mais elevados quando comparados com os restantes países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

Bibliografia

- Alkire, S., Jindra, C., Robles, G., Vaz, A. (2016), Multidimensional Poverty Index – Summer 2016: Brief Methodological Notes and Results, OPHI Briefing 42, University of Oxford.
- Cabral, Manuel Villaverde; Vala, Jorge; Freire, André (org), (2000), Orientações perante as Desigualdades Sociais, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Costa, António Firmino (2012), Desigualdades Sociais Contemporâneas, Lisboa, Editora Mundos Sociais.
- Kpolovie, P. J., Ewansiha, S., Esara, M. (2017), Continental comparison of Human Development Index (HDI), in International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE), Volume 4, Issue 1, January 2017, pp. 9-27.
- Mendes, M. F., Pinto, J. E., Santos, J. R. (2005), Análise comparativa da Pobreza entre os países mais pobres da União Europeia: um olhar específico sobre Portugal, 11o Congresso da Associação Portuguesa de Desenvolvimento Regional (APDR) – Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Faro, 16-18 de setembro 2005, in APDR CD ROM, Coimbra, D:\pdf\128.pdf
- Milanovic, Branko (2017), A desigualdade no mundo, uma nova abordagem para a era da globalização, Coimbra, Conjuntura Actual Editora.
- Piketty Thomas (2014), O Capital no século XXI, Lisboa, Círculo de Leitores.
- Ramos, Pedro Nogueira (2013), Torturem os números que eles confessam: sobre o mau uso e abuso das estatísticas em Portugal, e não só, Coimbra, Edições Almedina.
- Rodrigues, E. V., Samagaio, F., Ferreira, H., Mendes, M. M., Januário, S. (1999), A pobreza e a exclusão social : teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal in Sociologia: revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Pesquisar Publicações da Revista, volume 9, pp. 63-101.

Saúde a Girar: Resposta de Saúde a Pessoas em Situação de Sem Abrigo

*Joana Tavares, Associação Médicos do Mundo,
joana.tavares@medicosdomundo.pt*

*Diana Gautier, Associação Médicos do Mundo,
diana.gautier@medicosdomundo.pt*

*Margarida Pereira dos Santos, Associação Médicos do Mundo,
margarida.santos@medicosdomundo.pt*

Resumo

Problemática: Com a deliberação n.º 629/CM/2015 surgiu a necessidade de implementar no concelho de Lisboa uma Equipa Técnica de Rua Especializada na área da Saúde, que prestasse cuidados de saúde à população em situação de sem abrigo da Cidade de Lisboa. O artigo agora apresentado refere-se ao trabalho desenvolvido pela equipa técnica de rua da Médicos do Mundo, entre os meses de Outubro de 2017 a Setembro de 2018. De acordo com a Estratégia Nacional para a Integração da Pessoa em Situação de Sem Abrigo “Considera-se pessoa em situação de sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, origem racial ou étnica, religião, idade, sexo, orientação sexual, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre: sem teto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; ou sem casa, encontrando -se em alojamento temporário destinado para o efeito”.

Metodologia: A equipa desloca-se no Município de Lisboa, com recurso a uma Unidade Móvel, prevendo horários tanto diurnos como noturnos, e visando três apoios fundamentais: resposta às sinalizações do Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo; quer para apoio nos locais em que permanecem, quer para acompanhamento a respostas de saúde e sociais.

Conclusões: Dos utentes acompanhados em 1 ano de intervenção, verificou-se que 86% são homens, com uma média de idades de 38 anos, portugueses, pernoitando maioritariamente na rua. Dos utentes abordados e acompanhados, 73,9% referiram ter problemas de saúde prévios, sendo identificados comportamentos aditivos em 51,2%. As pessoas em situação de sem-abrigo encontram-se em situações extremas do ponto de vista de fragilidade social, acumulando vulnerabilidades que condicionam fortemente a sua saúde. A flexibilidade de uma equipa de rua tem-se revelado uma mais valia para a adesão às respostas de saúde e sociais, promovendo a reinserção e ajudando a minimizar as situações de exclusão social.

Palavras chave: Vulnerabilidades, Saúde, PSSA, Sem Abrigo, NPISA

Introdução

A equipa técnica de rua da Médicos do Mundo (MdM) intervém com a população em situação de sem-abrigo desde 2001, sendo a equipa designada pela Câmara Municipal de Lisboa enquanto Equipa Técnica de Rua Especializada na área da Saúde (ETRS) desde 3 de outubro de 2016. O artigo que apresentamos reporta-se às actividades desenvolvidas pela equipa entre Outubro de 2017 a Setembro de 2018.

A ETRS tem como objectivo geral “Promover a equidade e o acesso a cuidados de saúde à população em situação de sem-abrigo na cidade de Lisboa”.

A equipa é constituída pela coordenadora, enfermeira, motorista/tradutor/TAT, técnica de serviço social e 25 voluntários médicos de várias especialidades. De forma complementar

temos voluntários de outras áreas (enfermagem e psicologia) que saem com a equipa e que dão o seu apoio mensalmente.

Relativamente aos horários, estes foram definidos para dar resposta a três apoios fundamentais: 1. Resposta às sinalizações do Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo (NPISA); 2. Tempo para acompanhamento de utentes quer às estruturas do Sistema Nacional de Saúde (consultas; urgências; Unidade de Atendimento à Pessoa Sem Abrigo), quer aos locais onde permanecem (realização de cuidados; manter relações de proximidade; sensibilização para entrada em CT); 3. Paragem em locais e horários fixos. Durante a semana, a ETRS pára em 3 locais diferentes da cidade, aproximadamente entre 1 a 3 horas. O objectivo das paragens deve-se à necessidade de realizar testes VIH, Hepatite B e C e Sífilis, bem como para a recepção e levantamento de pedidos medicamentosos. Às terças-feiras e às quintas-feiras são os dias em que a equipa só trabalha em período diurno, sendo que nos restantes dias o horário é dividido pelos períodos tarde e noite. No período a que se refere o relatório, a ETRS esteve de prevenção nos fins-de-semana para os quais ficou escalada, mas não existiu necessidade de intervenção.

A ETRS da MdM assenta em pressupostos teóricos, em resultados empíricos e em directrizes nacionais e europeias. A considerar que as intervenções são suportadas pelo:

- Plano Nacional da Saúde (PNS) – 2012/2016 e Revisão e Extensão a 2020

A) Eixo Cidadania em Saúde

- Melhorar os conhecimentos dos cidadãos sobre direitos e deveres e promover as condições para o respectivo exercício.
- Implementar estratégias e planos de formação para reforçar as competências relacionais e comunicacionais dos profissionais de saúde.
- Melhorar a confiança dos cidadãos nas instituições e as condições para a sua valorização.
- Desenvolver programas na área da educação para a saúde e autogestão da doença.

B) Eixo – Equidade e Acesso aos cuidados de saúde

Identificam-se como estratégias e recursos para a promoção da equidade e acesso:

1. A utilização de sistemas de informação e monitorização.
2. A implementação de projectos específicos dirigidos a ganhos adicionais em saúde através da redução das desigualdades.

3. A organização territorial dos cuidados de saúde contempla a Rede de Cuidados Básicos de Saúde, os Cuidados Pré-hospitalares, a Rede Hospitalar e Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.
4. A articulação em cada nível de cuidados, entre níveis e entre sectores, e intrainstitucional.
5. Estratégias de *empowerment* do cidadão.

A ETRS desenvolve a sua intervenção tendo como base as orientações dos programas de saúde prioritários seleccionados. Dos onze programas, a equipa seleccionou os quatro que se encontram abaixo por incluírem as patologias de maior prevalência na PSSA.

- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
- Programa Nacional para a Diabetes
- Programa Nacional para a Infecção VIH e SIDA
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Contribuímos ainda para a prossecução do Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 - Saúde de Qualidade.

Caracterização do Público-alvo

A população atendida pela ETRS no ano de projecto considerado inclui 322 pessoas em situação de sem-abrigo (rua, centros de acolhimento, génese ilegal e *housing first*/casas primeiro) correspondendo a 1132 atendimentos.

Caracterização sociodemográfica:

a) Sexo

Dos beneficiários atendidos neste período a grande maioria, como se pode verificar pelo gráfico, é do sexo masculino, representando 86% do total das pessoas atendidas.

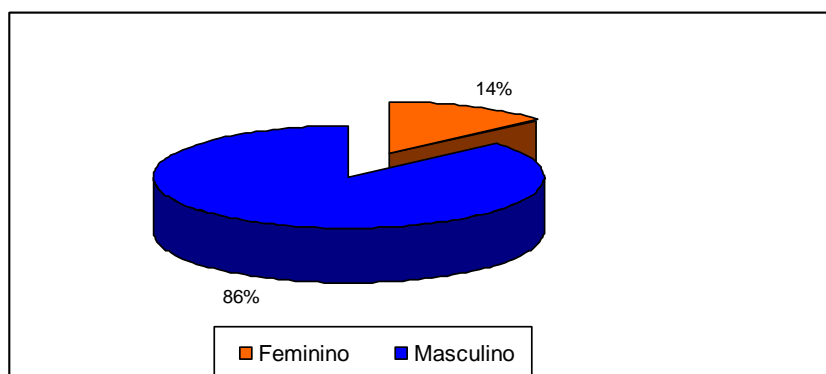


Fig. 1 – Gráfico representativo do sexo dos beneficiários atendidos

b) Faixa Etária

Em relação à faixa etária, a grande maioria situa-se entre os 45-54 anos, seguido do intervalo entre os 35-44 anos de idade. A média de idades dos utentes do é de 38 anos.

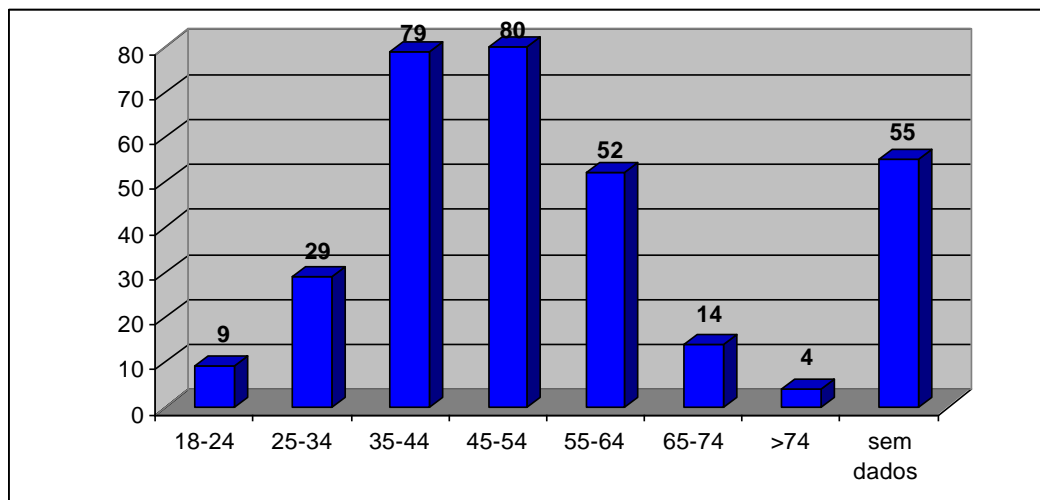


Fig. 2 – Gráfico representativo da faixa etária dos beneficiários atendidos

c) Nacionalidade

No que se refere à nacionalidade, a equipa atendeu pessoas de 24 nacionalidades diferentes.

A nacionalidade portuguesa é a que tem maior expressão, representando 72,4% das pessoas em situação de sem-abrigo, seguido dos países que integram a Comunidade dos Países de Língua oficial Portuguesa, nomeadamente, Angola, Brasil, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau. Da totalidade dos utentes atendidos, apenas 27,6% são estrangeiros.

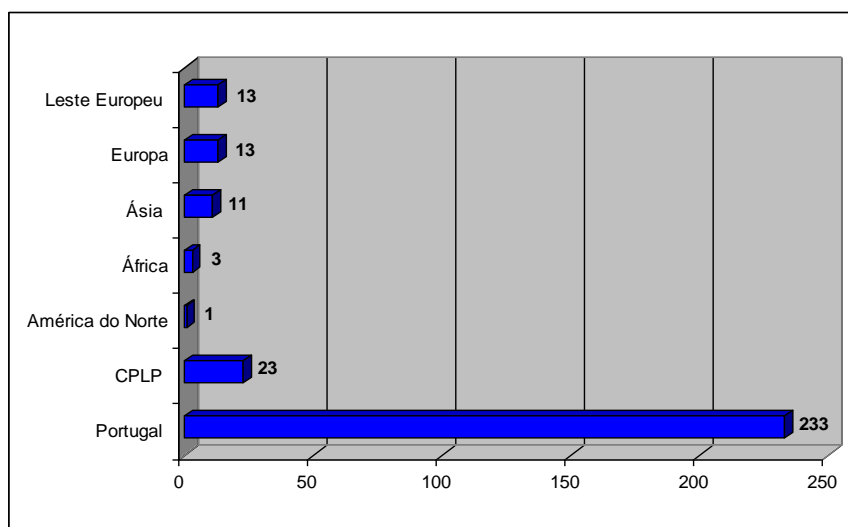


Fig. 3 – Gráfico representativo da nacionalidade dos beneficiários atendidos

d) Situação Habitacional

No que diz respeito à situação habitacional dos beneficiários atendidos e tendo em conta a definição de pessoa em situação de sem-abrigo, 83,5% estão/estavam a pernoitar na rua, correspondendo a 238 pessoas. Este valor é imediatamente seguido das pessoas integradas em centros de acolhimento temporário. De referir ainda que três pessoas referiram estar a pernoitar em carros e outras duas numa garagem. É importante realçar que durante o ano, existe mobilidade inerente à dinâmica do beneficiário e à própria intervenção, isto é, uma pessoa que estava a pernoitar na rua poderá ter integrado uma resposta de alojamento e vice-versa.

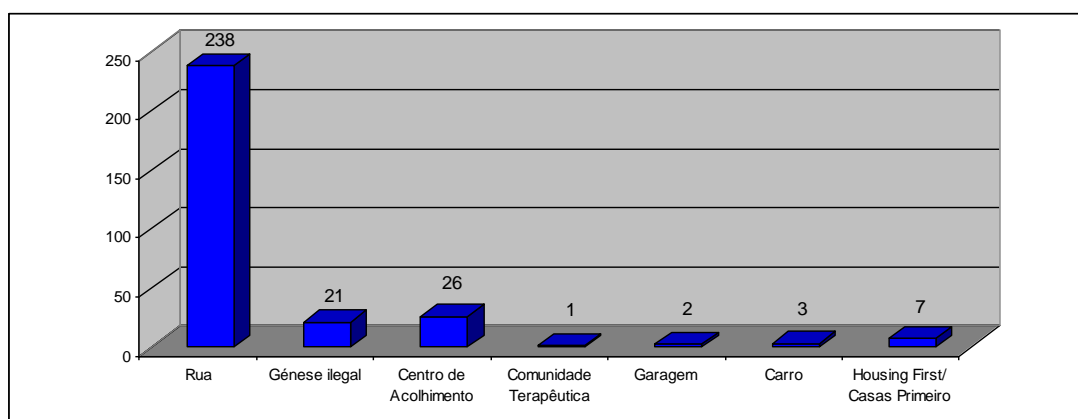


Fig. 4 – Gráfico representativo da situação habitacional dos beneficiários atendidos

e) Consultas

Os apoios prestados pelos vários elementos que constituem a ETRS encontram-se representados no gráfico abaixo, sendo que as consultas de enfermagem assumem 45% do total. Relativamente à Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), o primeiro corresponde a atendimentos onde foram fornecidos preservativos e/ou gel lubrificante e o último diz respeito à entrega de material para consumo de substâncias psicoactivas, nomeadamente *Kits* (Programa Troca de Seringas), seringas avulso de 25G, cachimbos e pratos. Em ambos os atendimentos são prestadas informações alusivas ao material distribuído e esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário.

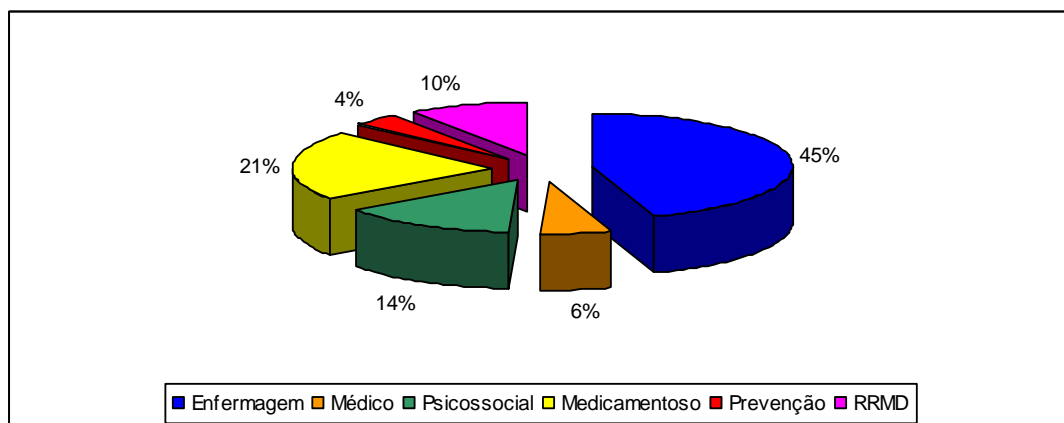


Fig. 5 – Gráfico representativo dos atendimentos realizados

f) Apoio Prestado

No âmbito dos cuidados primários de saúde foram prestados diversos apoios aos utentes mediante necessidades apresentadas e capacidade de resposta da equipa, nomeadamente, avaliação da temperatura corporal, avaliação da tensão arterial, glicémia e colesterol, prestação de cuidados à ferida, oximetria, troca do saco colector e suporte básico de vida.

O indicador Outras Diligências diz respeito a marcações de serviços com os utentes, transporte e acompanhamento dos utentes a diferentes serviços (de saúde e social), e ainda conversa terapêutica.

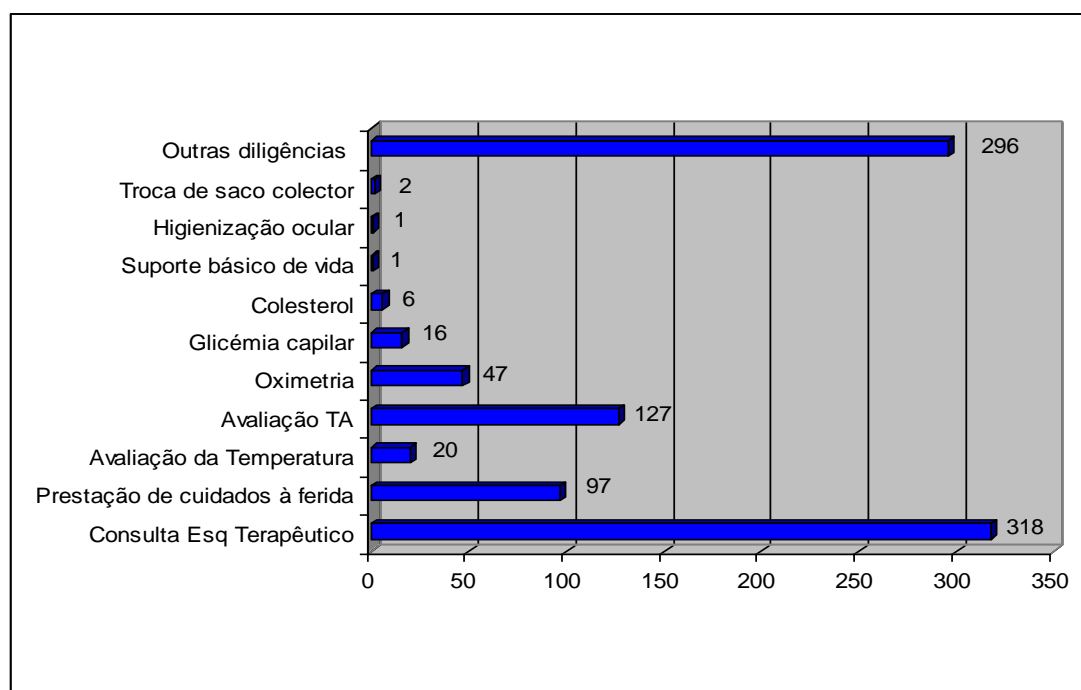


Fig. 6 – Gráfico representativo do apoio prestado, a nível de cuidados de saúde primários, aos beneficiários atendidos

g) Freguesias de Atendimento

Tal como previsto no projecto, a ETRS percorreu as várias freguesias da cidade de Lisboa onde os beneficiários se encontravam. As freguesias com maior número de atendimentos são **Arroios** seguido de **São Vicente** e **Santa Maria Maior**, como se pode verificar pelo gráfico.

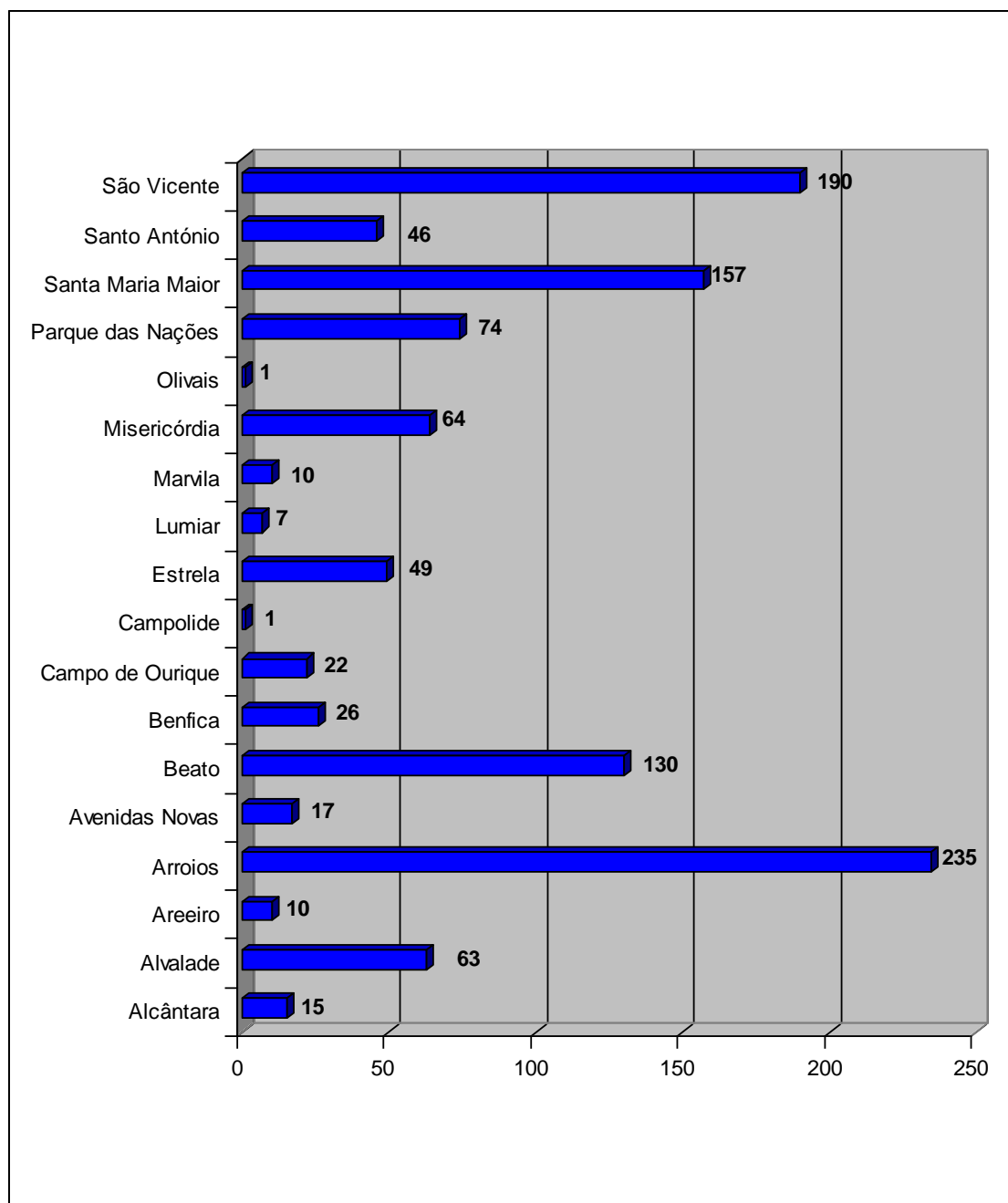


Fig. 7 – Gráfico representativo das freguesias onde foram realizados os atendimentos

h) Encaminhamentos para Respostas de Saúde e Social

Sempre que necessário, a equipa fez os devidos contactos e diligências para garantir a adequação dos encaminhamentos, seja para respostas no âmbito da saúde e/ou social. A nível de encaminhamentos de saúde destacam-se os Centros de Saúde seguido dos Serviços de Urgência dos hospitais de São José e Santa Maria. Foram realizados 112 encaminhamentos para estruturas de saúde. A nível social é evidente o encaminhamento para a UAPSA, tendo sido realizados um total de 67 encaminhamentos para estruturas da área social.

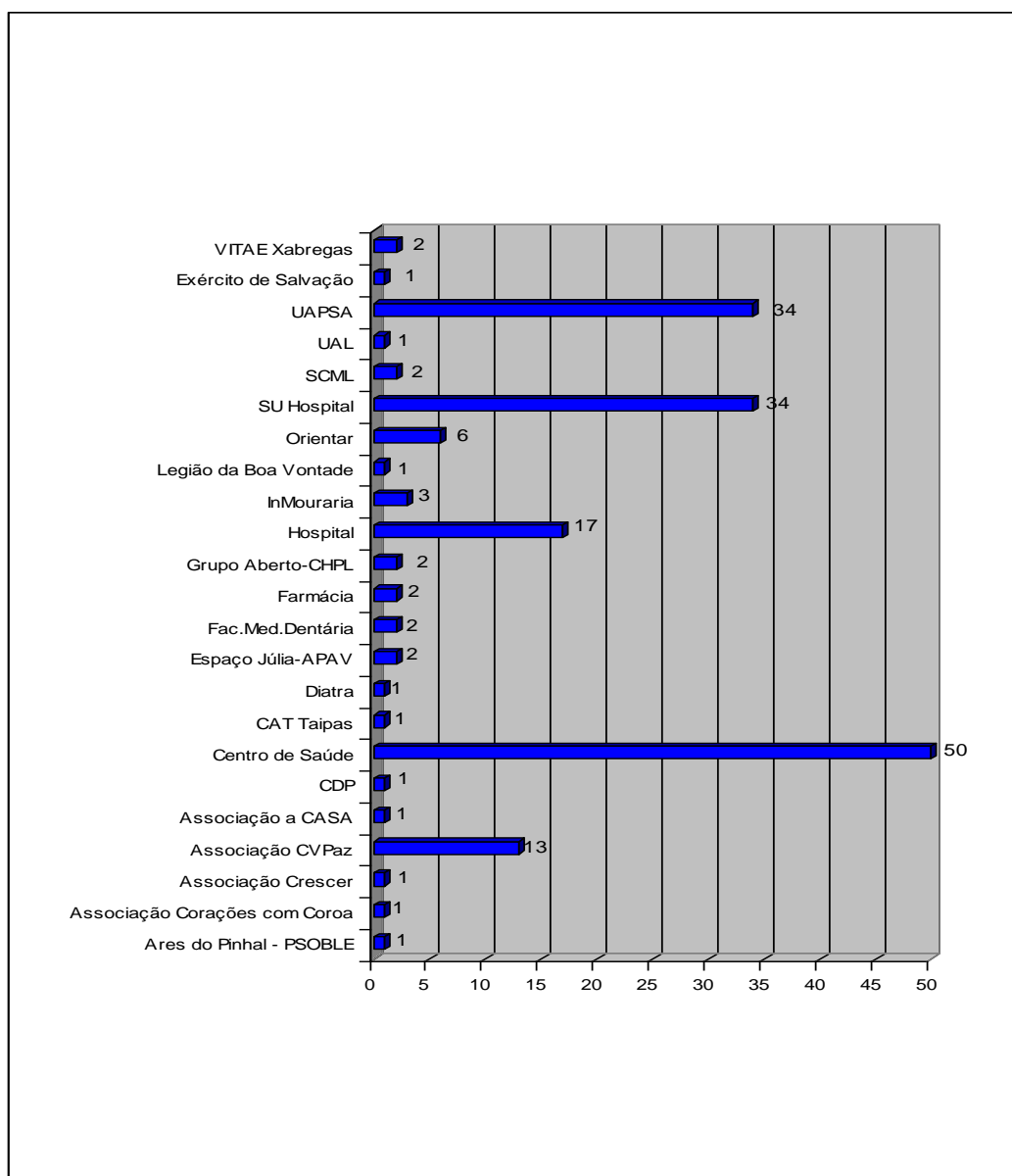


Fig. 8 – Gráfico representativo dos locais de encaminhamentos realizados pela ETRS

i) Transporte e Acompanhamento dos Utentes aos Serviços

A ETRS garantiu o transporte e acompanhamento dos beneficiários a diversos serviços da área social e da saúde, sempre que a situação o justificasse. No seguinte gráfico é possível verificar os serviços.

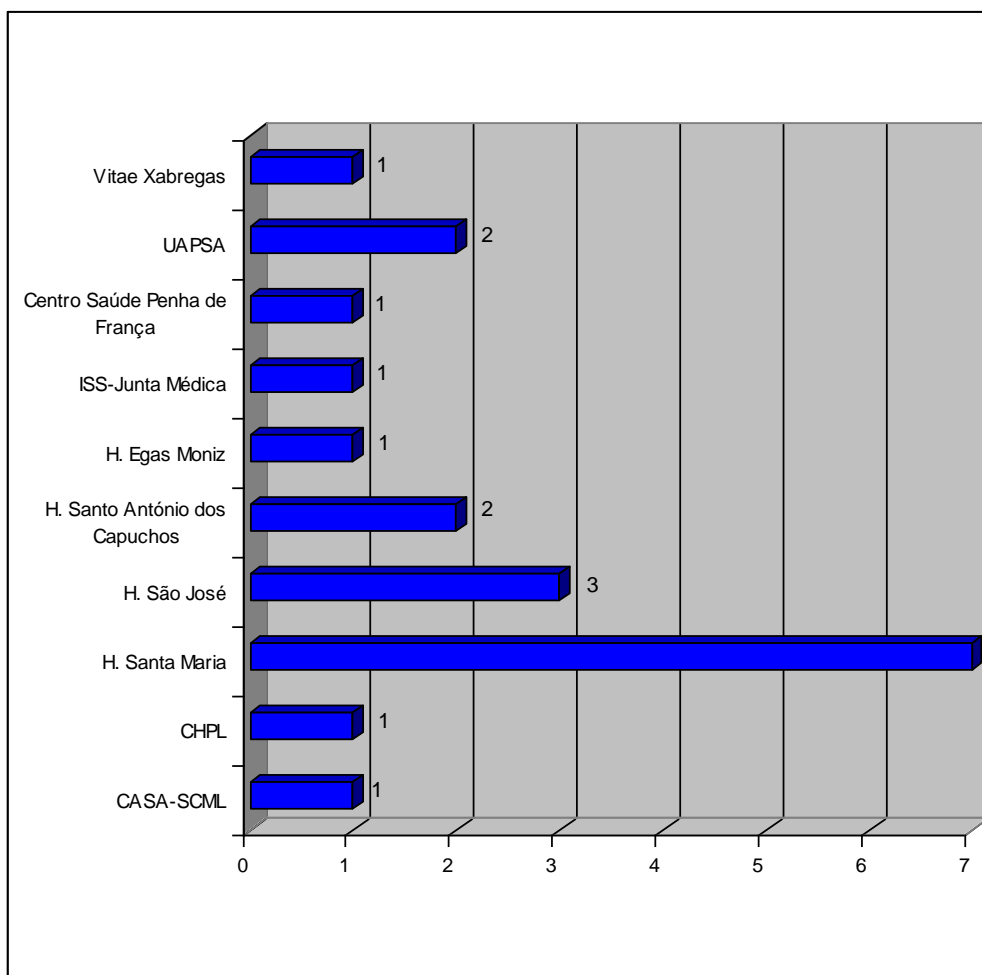


Fig. 9 – Gráfico representativo dos locais de transporte e acompanhamento realizados pela ETRS

j) Sinalizações – Entidades e Locais

Durante este ano, ETRS deu resposta a diversos pedidos de avaliação, seja no âmbito do NPISA, como a pedido dos parceiros, nomeadamente: ACA, AEIPS, CML, Crescer, CVPaz, NASA, NRND, SCML, UAPSA e Vitae. Quando a sinalização não chega através do circuito do NPISA, a equipa responde ao sinalizante com o conhecimento do coordenador do Eixo do Planeamento.

Caracterização do Estado de Saúde

Do total dos 322 beneficiários em situação de sem abrigo avaliados, entre Outubro de 2017 e Setembro de 2018, 238 apresentam e/ou referem problemas de saúde (física, mental – incluindo comportamentos aditivos- e infecções), o que representa 73,9% da população atendida. Este valor poderá estar abaixo da realidade, na medida em que, poderá haver utentes que não referem os seus problemas de saúde.

A nível de saúde, é prestado apoio através de consultas de enfermagem, médicas, bem como apoio medicamentoso e ensinos acerca de autocuidado em saúde, nomeadamente comportamentos preventivos de saúde e gestão do esquema terapêutico. Nas 318 consultas em que foi realizado apoio medicamentoso e ensino de esquema terapêutico, foram fornecidas 4294 unidades de medicamentos.

a. Saúde Física

No período considerado, 80 utentes referiram antecedentes de problemas de saúde a nível físico.

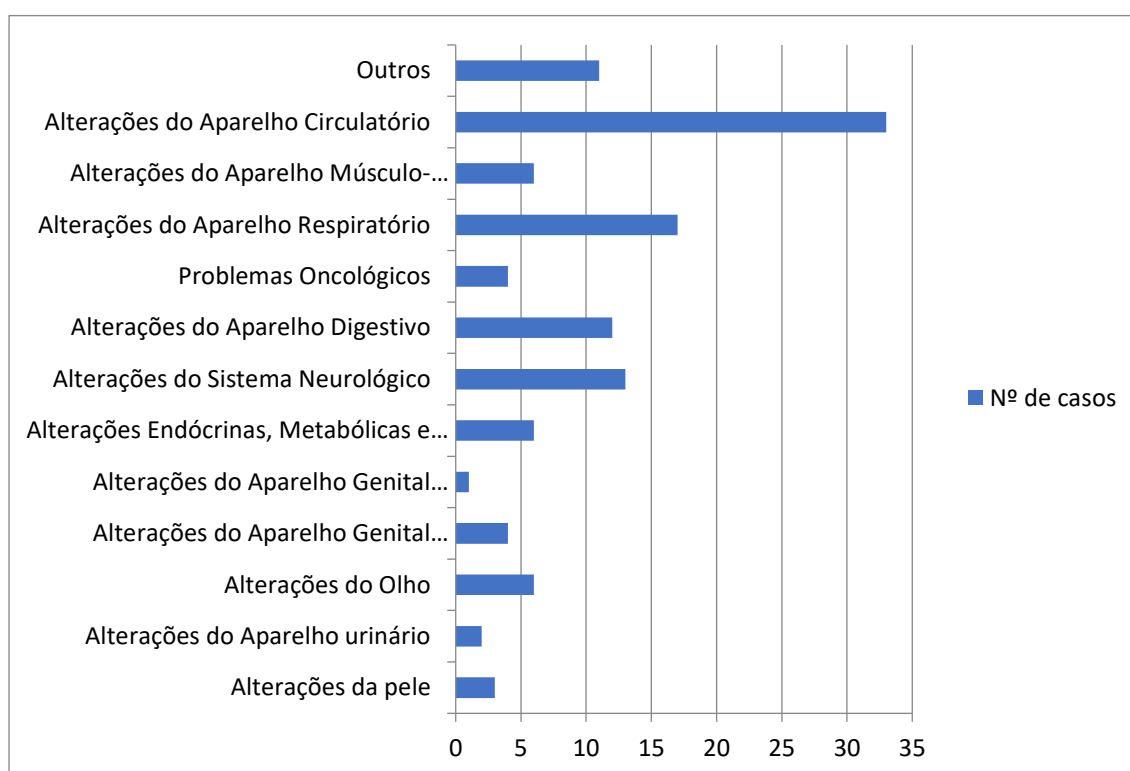


Fig. 10 – Gráfico representativo aos antecedentes de saúde, a nível físico, relatado pelos utentes

b. Saúde Mental

A nível da saúde mental, 51 beneficiários referem algum tipo de transtorno. Considerando as características epidemiológicas específicas da população em situação de sem abrigo, embora os comportamentos aditivos sejam contemplados no âmbito da saúde mental, apresentamos separadamente para permitir uma análise mais detalhada.

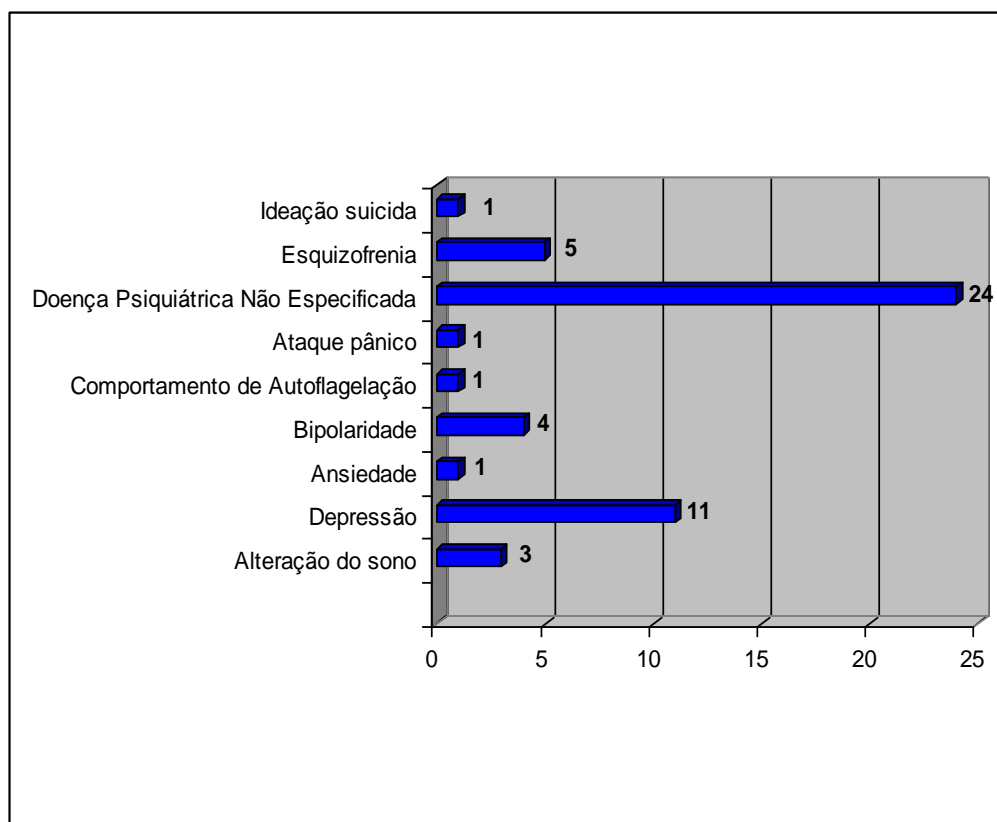


Fig. 11 – Gráfico representativo aos antecedentes de saúde, a nível mental, relatado pelos beneficiários

c. Comportamentos Aditivos

Relativamente a comportamentos aditivos, estes afectam 51,2% (n=165) das pessoas em situação de sem abrigo avaliadas. Conforme se pode constatar no gráfico apresentado abaixo, 50,9% das pessoas são consumidores de drogas (cocaína, heroína, crack, benzodiazepinas, metadona e outras). O álcool surge enquanto adição em 47,9% das pessoas avaliadas, sendo que 34% refere apenas o consumo do álcool como dependência.

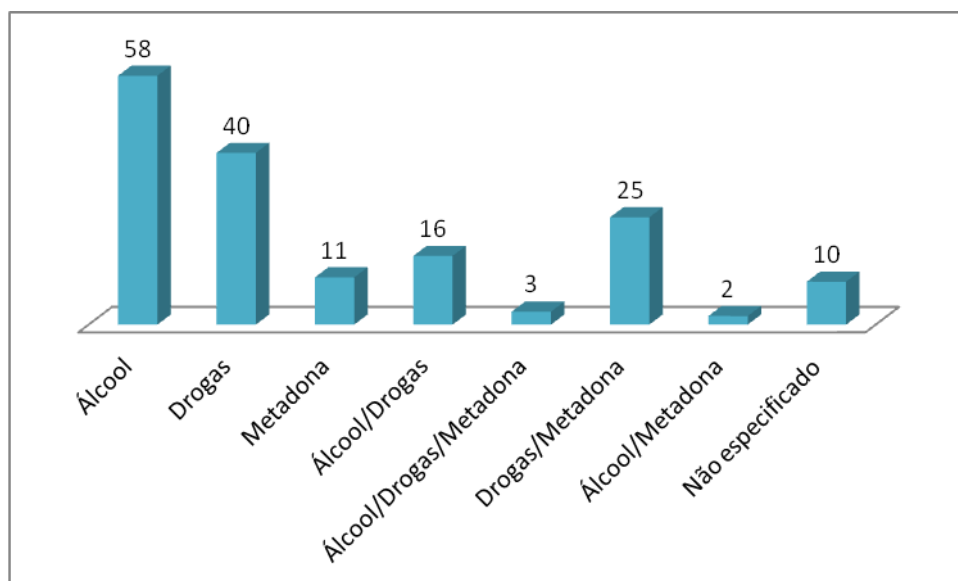


Fig. 12 – Gráfico representativo dos consumos de substâncias psicoativas relatado pelos beneficiários

d. Infecções

Do total dos beneficiários atendidos, 16,8% (n=54) referiram alguma das seguintes infecções: VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), VHC (Vírus da Hepatite C), VHB (Vírus da Hepatite B), Sífilis e/ou TB (Tuberculose). Destes, 22,2% são identificadas situações de coinfeção.

Como se pode verificar, a infecção mais comum é a Hepatite C, contabilizando-se 30 pessoas infectadas, representando 55,6% do total.

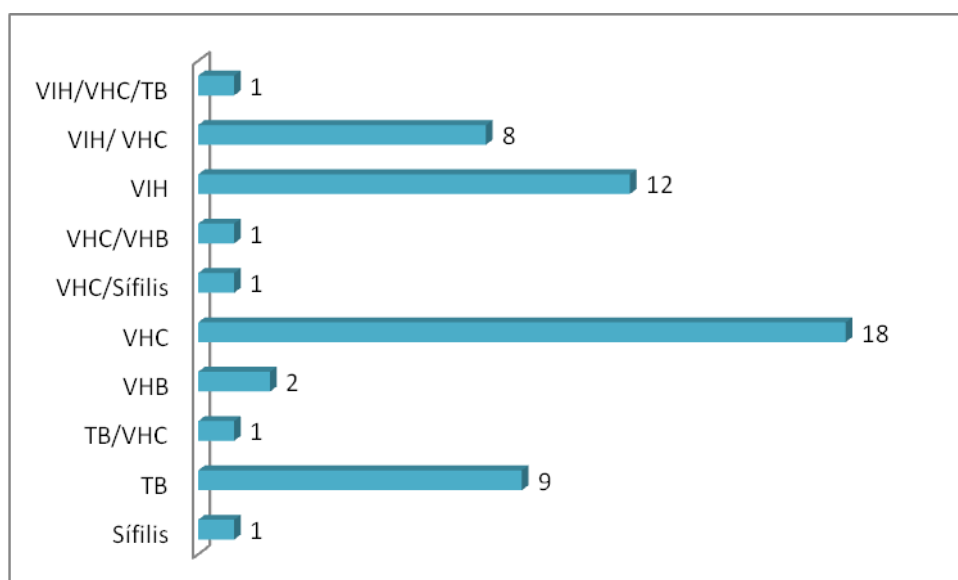


Fig. 13 – Gráfico representativo das infecções relatado pelos beneficiários

e. Motivo de Avaliação

A equipa aplica a Classificação Internacional para os Cuidados de Saúde Primários (ICPC2) para codificar os diagnósticos dos utentes que recorrem à Unidade Móvel. Esta avaliação tem a ver com os motivos que levam os utentes a recorrer à Unidade Móvel devido a problemas agudos de saúde. No gráfico seguinte podemos ver agrupados por sistemas, conforme a ICPC2, que os principais motivos que levaram os utentes a recorrer à Unidade Móvel se prendem com alterações de: S – Pele; P – Psicológico; R – Respiratório; L – Músculo-esquelético; K – Circulatório.

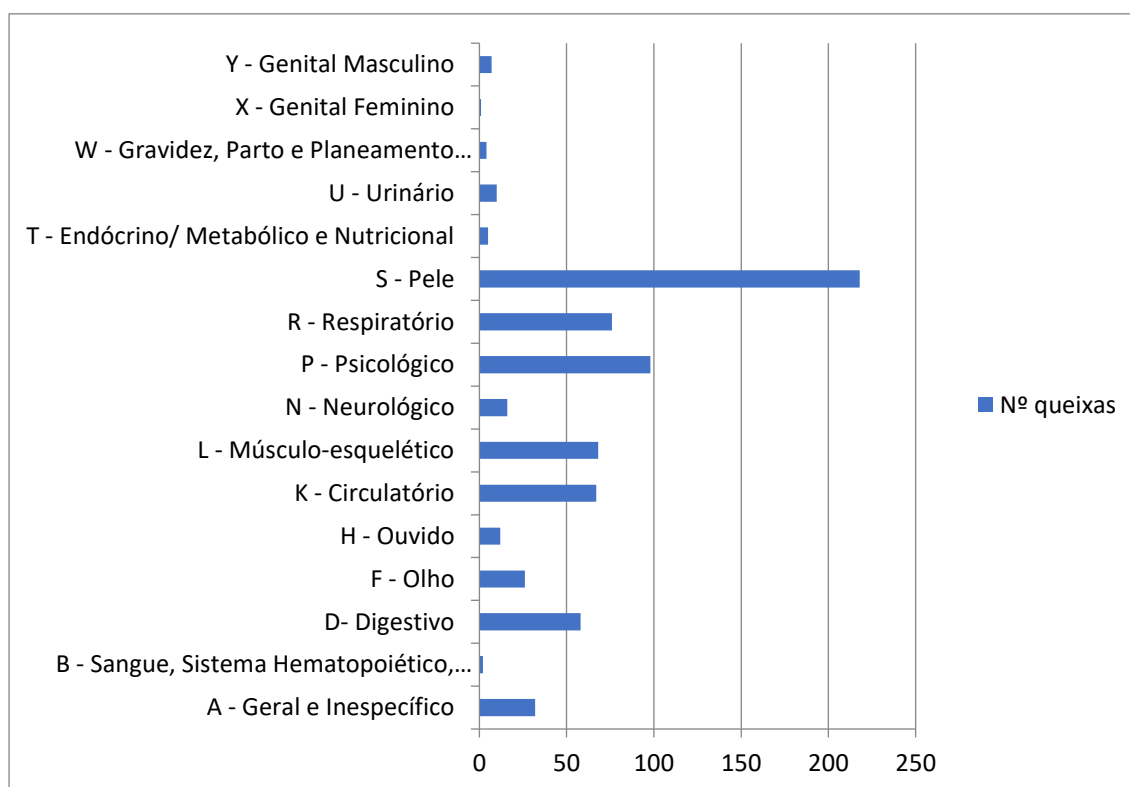


Fig. 14 – Gráfico representativo das queixas de saúde que levaram os utentes a recorrer à ETR

Em relação aos principais motivos clínicos que levam as pessoas a recorrerem aos serviços da equipa de rua, o factor comum a estes diagnósticos prende-se com dor e/ou desconforto agudo – Alterações da (S) Pele e (L) Músculo-esqueléticas. Verifica-se ainda uma procura activa dos serviços relacionada com perturbações psicológicas (P), nomeadamente relacionadas com os consumos e ansiedade.

Outros motivos prendem-se com alterações Respiratórias (R) e (K) Circulatórios, nomeadamente hipertensão.

f. Rastreios

No período compreendido entre Outubro de 2017 e Setembro de 2018, foram realizados pela ETRS os seguintes rastreios:

Rastreios:	Nº
VIH/SIDA	68
Hepatite C	62
Hepatite B	40
Sífilis	63
Referenciações e Religações a cuidados:	2

Conclusão

“Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham”. (cit.in. Conselho Internacional de Enfermeiros). A ETRS, e no seguimento da definição de CSP, têm assumido nestes dois anos de intervenção a prestação de cuidados básicos de saúde, traduzindo-se o seu trabalho do último ano nos dados anteriormente apresentados.

Como é sustentado pelos dados apresentados, verifica-se uma elevada prevalência de problemas de saúde entre a população em situação de sem-abrigo, nomeadamente patologia do foro mental e adição.

As pessoas em situação de sem abrigo encontram-se em situações extremas do ponto de vista de fragilidade social, acumulando vulnerabilidades que condicionam fortemente a sua saúde. A flexibilidade de uma equipa de rua, que aborda e acompanha a pessoa no local e momento de vida em que encontra, mantendo uma relação de proximidade, tem-se revelado uma mais valia para a adesão destas pessoas às respostas de saúde e sociais, promovendo a sua reinserção a nível da comunidade envolvente e ajudando a minimizar as situações de exclusão social.

Bibliografia

Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – versão resumo*. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_vETRSaoresumo_maio20134.pdf
Direção Geral da Saúde. *Programas de Saúde Prioritários*. Disponíveis em <http://www.dgs.pt/>
Ministério Trabalho, Solidariedade e Segurança Social *Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem-Abrigo 2009-2015*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13334/enipsa_2009_2015

Ensino Superior mais Equitativo e Inclusivo: o papel das políticas de Ação Social

*Raquel Pereira,
Escola Superior de Ciências Empresariais/Instituto Politécnico de Setúbal,
raquel.pereira@esce.ips.pt*

*Boguslaw Sardinha,
Escola Superior de Ciências Empresariais/Instituto Politécnico de Setúbal,
boguslaw.sardinha@esce.ips.pt*

Resumo

A educação e o ensino superior, em particular, constituem elementos chave para o desenvolvimento pessoal e social. Um sistema de ensino superior equitativo deve permitir que todos os cidadãos, independentemente da sua origem ou condição socioeconómica, possam ter a oportunidade de usufruir dos seus múltiplos benefícios. A ação social, enquanto instrumento de Política Social, tem como objetivo melhorar a equidade e a igualdade de oportunidades no acesso e frequência do ensino superior, com a finalidade última de proporcionar educação para todos, independentemente das suas origens socioeconómicas.

O presente artigo pretende apresentar os resultados de um inquérito por questionário realizado junto dos estudantes bolsheiros portugueses, com os objetivos de caracterizar a população estudantil que beneficia de apoios sociais diretos e analisar a importância do sistema de apoios sociais no ensino superior. Os resultados do estudo corroboram a importância decisiva dos apoios sociais, por permitirem o acesso e participação no ensino superior a estudantes de origens socioeconómicas e educativas desfavoráveis, a maioria dos quais, sem estes apoios, ficariam excluídos. Quase três quartos dos inquiridos indicou que se não existissem apoios sociais, nem sequer se teriam candidatado ao ensino superior. Cerca de dois terços dos estudantes afirmaram que se não usufruíssem destes apoios, seriam forçados a desistir do ensino superior. Um em cada três estudantes bolsheiros já ponderou a possibilidade de abandonar os estudos por dificuldades financeiras.

Palavras chave: Igualdade de Oportunidades, Equidade, Ensino Superior, Ação Social, Política Social

Introdução

Os contributos da educação, em geral, e do ensino superior, em particular, para o desenvolvimento pessoal e social são múltiplos. Daí a importância de um sistema de apoios sociais que permita a todos os cidadãos, independentemente da sua origem socioeconómica, ter a oportunidade de deles usufruir.

Em termos individuais, a educação de nível superior pode ter impactos muito significativos no percurso profissional e pessoal dos indivíduos, pela possibilidade de aceder a maiores e melhores oportunidades de emprego, com remunerações mais elevadas, melhores condições de trabalho, maior satisfação laboral, com consequências óbvias para a realização e desenvolvimento pessoal a todos os níveis. Para as sociedades, o enriquecimento educacional da população contribui para a melhoria dos níveis de produtividade, flexibilidade e adaptação da força de trabalho, da capacidade de gerar riqueza, bem como para a formação de uma cidadania mais consciente e participativa, contribuindo decisivamente para uma maior mobilidade e coesão social, na construção de uma sociedade mais justa, equitativa e sustentável (Pereira, 2019; Figueiredo *et al.*, 2017; OCDE 2013 e 2012b).

A forma de financiar os custos do ensino superior, nomeadamente a crescente comparticipação dos estudantes e respetivas famílias nos encargos associados à frequência de um curso superior, levanta questões de acessibilidade, igualdade de oportunidades e equidade social. (Pereira, 2019; OCDE 2017; OCDE 2016, Sardinha *et al*, 2015; Cerdeira, 2008). Os apoios sociais constituem, desta forma, um veículo importante de promoção da igualdade de oportunidades no acesso e frequência do ensino superior (European Commission/EACEA /Eurydice, 2015, 2014, 2011 e 1999; OCDE, 2015, 2013, 2012a, 2004).

Pretende-se com o presente artigo compreender o papel das políticas de ação social na promoção de um sistema de ensino superior mais equitativo e inclusivo, em que todos os estudantes tenham idênticas oportunidades de prosseguir os estudos, independentemente das suas origens socioeconómicas. Para tal, apresentam-se os principais resultados de um inquérito por questionário realizado junto dos estudantes bolseiros portugueses, com os objetivos de: i) caracterizar a população estudantil que beneficia de apoios sociais diretos; e ii) analisar a importância do sistema de apoios sociais no ensino superior português.

Igualdade de Oportunidades e Equidade no Ensino Superior

A ação social pode ser encarada como um instrumento de Política Social, numa abordagem keynesiana, a favor de um Estado interventivo, capaz de corrigir as falhas de mercado, nomeadamente as desigualdades sociais, com o objetivo de promover a equidade social e a redistribuição mais equitativa dos benefícios do próprio desenvolvimento das sociedades, enquadrado, portanto, na dimensão redistributiva da Política Social.

Em termos teóricos, a ação social está, desde logo, relacionada com o conceito de igualdade, que significa igual tratamento para todos os indivíduos, independentemente das suas origens ou características (Barros, 2005). Mais concretamente, os apoios sociais aos mais desfavorecidos pretendem promover a igualdade de oportunidades (Coleman, 2011), ou seja, a ideia de que todos tenham iguais condições à partida (Singer, 2004). Neste sentido, um sistema de ensino só será justo se, qualquer indivíduo, com idêntico talento e ambição, tiver a mesma possibilidade de acesso e sucesso, o que nos remete para o ideal de “igualdade de oportunidades justa” de Rawls (2003). Nesta ótica, e reconhecendo a desigualdade de circunstâncias e vivências presentes em todas as sociedades, o apoio social torna-se fundamental, em todos os níveis de ensino, para que sejam criadas as condições necessárias para compensar os indivíduos que partem em desvantagem, com o intuito de minimizar tais desigualdades.

Considerando que o ensino superior acarreta custos para os estudantes e respectivas famílias (Cerdeira, 2008), a igualdade de oportunidades no ensino superior deve ser assegurada (ou pelo menos a desigualdade de oportunidades minimizada) de acordo com as condições socioeconômicas dos estudantes, através de políticas sociais de apoio aos estudantes oriundos de agregados familiares carenciados e meios sociais desfavorecidos. Só desta forma se poderá caminhar para um sistema de ensino superior mais equitativo e inclusivo, em que as oportunidades e os benefícios econômicos e sociais deste nível de ensino possam ser alcançados por qualquer indivíduo, independentemente das suas origens e contexto socioeconômico.

O conceito de equidade, enquanto requisito básico de justiça social, tem exatamente a ver com o reconhecimento da diversidade e das diferentes necessidades individuais, e a correção de eventuais desigualdades relativas a determinados grupos desfavorecidos ou marginalizados, exigindo a aplicação de medidas específicas que compensem ou reduzam essas disparidades. Em torno do conceito de equidade, enquanto dimensão normativa da natureza redistributiva da Política Social, Pereirinha (2008) distingue equidade horizontal de equidade vertical. De acordo com o autor, o princípio da equidade horizontal significa que “dentro da população relevante, se deve tratar de forma adequadamente idêntica todos os que se encontrarem na mesma situação”, enquanto o princípio da equidade vertical significa que “as pessoas que estiverem em situação diferente devem ser objeto de tratamento adequadamente diferente” (Pereirinha, 2008: 113).

No contexto do ensino superior, a equidade tem a ver com a capacidade de acesso, frequência e conclusão, independentemente das diferenças individuais e tal implica a correção das desigualdades e dos obstáculos o que podem pôr em causa. Em termos conceptuais, Gielis (2010: 12) refere-se à equidade participativa no ensino superior no sentido em que este deve refletir verdadeiramente a sociedade, com todos os grupos sociais a terem participação neste nível de ensino “na mesma medida que a sua participação na população”. Tal como menciona a democratização do ensino superior associada à ideia de que “todos, independentemente da sua origem socioeconómica e cultural, têm o direito a participar, de acordo com as suas escolhas e os seus talentos, sem quaisquer barreiras”. Como refere Pereirinha (2008) a existência de fatores económicos ou barreiras sociais que condicionam as possibilidades de escolha dos indivíduos legitimam a promoção da igualdade de oportunidades, por razões de equidade, como forma de eliminar ou pelo menos reduzir essas barreiras, nivelando o conjunto de possibilidades de escolha.

Atendendo às diferentes formas de atuação da política social, a ação social enquanto apoio social dirigido aos estudantes economicamente carenciados pode ser tipificada como uma medida de atuação seletiva uma vez que se dirige a um problema ou grupo alvo bem identificado, ao contrário de outras medidas de política social do tipo universal dirigidas a toda a população (Pereirinha, 2008).

O sistema de ensino superior só será equitativo se todos os estudantes ao concluírem o ensino secundário tiverem iguais possibilidades de prosseguir os estudos, caso seja essa a sua vontade. Se alguns jovens tomarem a decisão de não continuar os seus estudos porque as suas condições económicas não o permitem, por não ter capacidade de suportar os custos inerentes, então a política educativa não é equitativa, na medida em que a sua escolha foi condicionada. Assim sendo, qualquer medida de política social que consiga minimizar as barreiras que possam estar a condicionar tais escolhas, contribuirá para uma maior equidade no sistema de ensino superior.

Os apoios sociais no ensino superior podem então ser entendidos como medidas de política social conduzidas por princípios de equidade. Em concreto, a atribuição de bolsas de estudo aos estudantes economicamente carenciados constitui uma ação de discriminação positiva, na medida em que introduz fatores compensatórios que visam reduzir a desigualdade no conjunto de possibilidades de escolha dos estudantes. O sistema de apoios sociais no ensino superior constitui, deste modo, uma forma de garantir a igualdade de oportunidades a todos os cidadãos, representando uma discriminação positiva que pretende combater as injustiças no acesso, frequência e conclusão do ensino superior, decorrentes de condições socioeconómicas desfavoráveis.

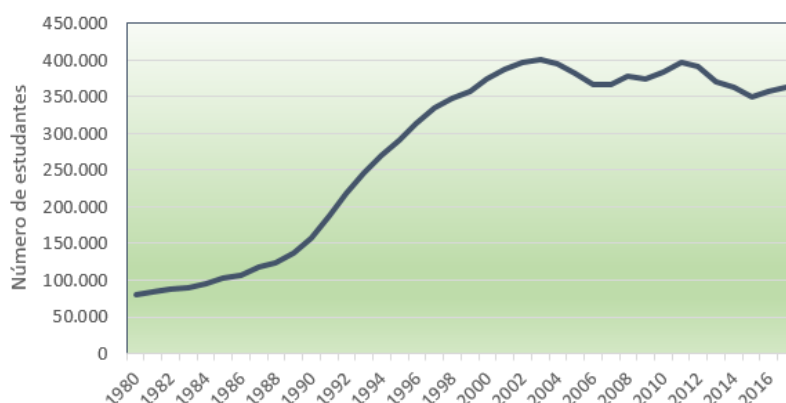
De facto, ao permitir o acesso, frequência e conclusão do ES a estudantes oriundos de famílias carenciadas, muitos dos quais de outra forma ficariam excluídos, a ação social contribui para um ES mais equitativo e inclusivo, em que todos os estudantes tenham idênticas oportunidades de prosseguir os estudos, se assim o desejarem, minimizando as barreiras que possam condicionar essa escolha.

Evolução da Ação Social no Ensino Superior Português

Para caracterizar e compreender o sistema de apoios sociais, analisou-se a evolução da população estudantil no ensino superior. O gráfico 1 mostra a evolução do número de estudantes inscritos no ensino superior português nas últimas quatro décadas. Conforme podemos verificar pela sua observação, registou-se uma expansão significativa e continua durante a década de 90 e até 2003, ano em que se ultrapassaram os 400 mil estudantes. Desde

então houve uma estagnação, ou mesmo redução em alguns anos, também devido à própria evolução demográfica. Entre 2010 e 2015 registou-se uma redução significativa do número de alunos, eventualmente fruto da conjuntura económica desfavorável e dos constrangimentos financeiros impostos às famílias portuguesas. Nos últimos 3 anos (incluindo 2018 que não consta do gráfico) voltámos a assistir a uma recuperação da população estudantil.

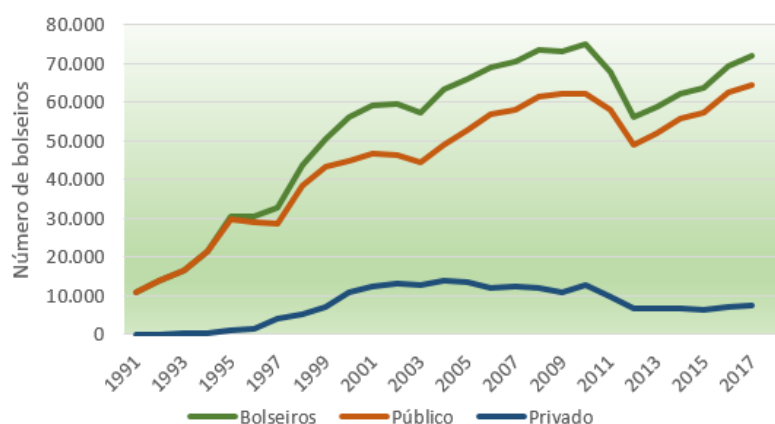
Gráfico 1 – Evolução da população estudantil no ensino superior



Fonte: PORDATA (DGEEC/MEC - DIMAS/RAIDES); última atualização de 29-09-2017; consultado em 30-07-2018.

Em 2017 houve quase 362 mil estudantes no ensino superior, 84% dos quais em IES públicas. Cerca de dois terços no subsistema universitário, que continua a ter um peso superior, ainda que o subsistema politécnico tenha vindo a reforçar gradualmente a sua posição (35%). Cerca de 27% dos estudantes inscritos apresentaram candidatura a bolsa de estudo e, aproximadamente, 20% foi apoiado através da atribuição de uma bolsa de estudos, a maior percentagem alguma vez alcançada. De realçar que, quer a taxa de candidatura, quer a taxa de cobertura, são mais elevadas no subsistema politécnico, no qual 1 em cada 4 estudantes é bolseiro, enquanto no subsistema universitário 1 em cada 5 estudantes tem bolsa de estudos.

Gráfico 2 – Evolução dos estudantes bolseiros no ensino superior



Fonte: PORDATA (DGES/MEC); última atualização de 07-06-2018; consultado em 30-07-2018.

O sistema de apoios sociais teve de se adaptar a este número crescente de estudantes que foram chegando a um ES mais abrangente e com uma base social mais alargada. De facto, conforme podemos observar no gráfico 2, o número de bolsas atribuídas aumentou substancial e continuamente até 2010, ano em que se atingiu o maior número de bolsas e verbas atribuídas (mais de 75 mil bolsas de estudo). Entre 2011 e 2012 o número de bolsas diminuiu significativamente, em grande medida fruto das decisões políticas que definiram os critérios mais restritivos nas condições de elegibilidade. Algumas dessas situações foram, entretanto, revistas, permitindo novamente o acesso a bolsa de estudo a um maior número de estudantes, nos últimos 4 anos.

Em 2017, quase 72 mil estudantes tiveram direito a uma bolsa de estudos, 89% dos quais do ensino superior público, o que correspondeu a uma despesa total em bolsas de estudo de mais de 135 milhões de euros, com um valor médio de bolsa de 188 euros mensais (em dez prestações). Apesar de os valores globais atribuídos terem aumentado mais que proporcionalmente em relação ao aumento da população estudantil, mesmo quando analisados em termos reais, a realidade é que o valor médio de bolsa tem diminuído nos últimos anos, sendo que em 2017 cada bolseiro recebeu, em média, menos 30 euros por mês do que em 2010.

Uma vez que uma parcela significativa do valor que os estudantes recebem é canalizada diretamente para o pagamento das propinas (cerca de 100 euros por mês), e que estas sofreram um significativo aumento durante este período²⁷, se excluirmos o valor da propina a pagar, constata-se que em 2017 cada bolseiro recebeu, em média, em termos reais, menos 50 euros²⁸ do que recebia em 1996, antes do primeiro aumento das propinas. Tal evidência reflete uma redução do poder de compra dos estudantes para custear os restantes encargos com a sua frequência do ensino superior, tais como alimentação, alojamento, transportes, entre outros.

Importância dos Apoios Sociais no Ensino Superior

Para compreender a importância que os apoios sociais assumem, em especial para os estudantes de contextos socioeconómicos mais desfavorecidos, realizou-se um inquérito por questionário junto dos estudantes bolseiros do ensino superior público.

²⁷ O primeiro aumento verificou-se no ano letivo 1997/98, em que o valor da propina passou de 1200 escudos (equivalente a 6 euros) para o valor de um SMN, naquele ano letivo de 283 euros. Em 2003/2004, com a introdução da Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior (Lei n.º 37/2003, de 22 de agosto), registou-se um segundo grande aumento do valor das propinas, as quais passaram a ser definidas pelas próprias IES, entre um mínimo e um máximo anualmente fixados (nesse ano letivo o valor máximo foi de 852 euros).

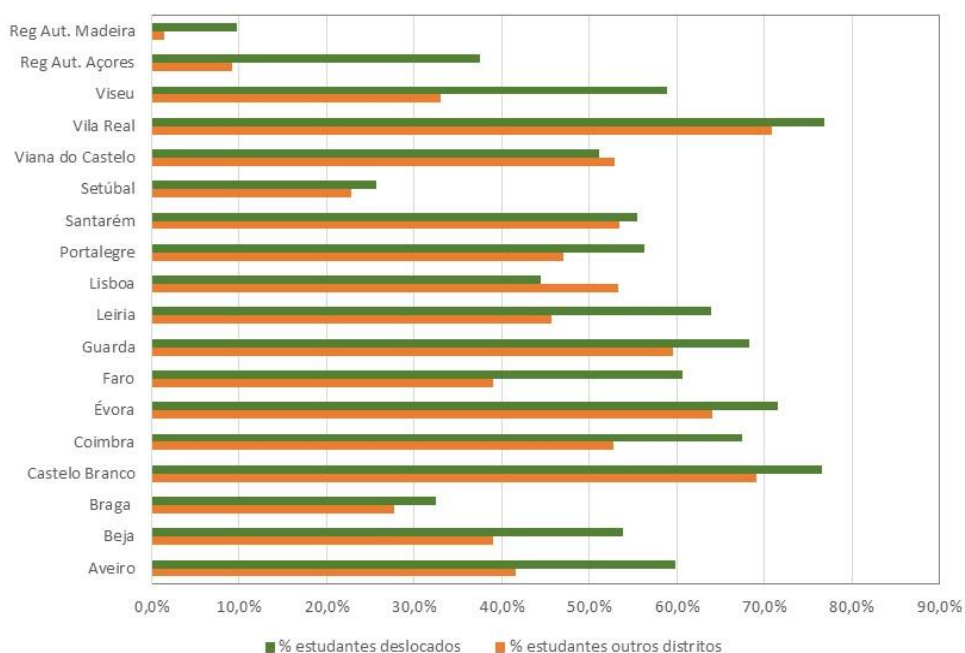
²⁸ A preços constantes de 2017.

A amostra é constituída por 4409 respostas válidas, correspondente a uma taxa global de resposta de 7,5% do total de estudantes com bolsa de estudo atribuída no ano letivo de 2015/2016, representando uma taxa de resposta estimada de cerca de 11% dos estudantes a quem estimamos que efetivamente chegou o pedido de colaboração no estudo.

Os dados recolhidos permitem identificar uma população bolseira maioritariamente jovem, solteira e sem responsabilidades parentais, com predominância de estudantes do sexo feminino. Os dados refletem, igualmente, a tendência dos últimos anos de maior afluência ao ensino superior de um público mais experiente, na maioria dos casos profissionais ativos, que pretende continuar a apostar na formação ao longo da vida, o que pode representar novos desafios para o sistema de apoios sociais. De realçar que a percentagem de bolseiros trabalhadores estudantes é mais elevada no ensino politécnico, reflexo do carácter mais profissionalizante, prático e aplicado da sua oferta formativa, eventualmente mais atrativa para quem já se encontra no mercado de trabalho e pretende apostar na sua qualificação.

Trata-se de uma amostra com origem diversificada, com representatividade de estudantes oriundos dos vários distritos do país, incluindo dos arquipélagos. Mais de metade dos inquiridos encontrava-se deslocado da sua residência habitual, evidenciando uma elevada mobilidade regional dos estudantes do ensino superior. Sendo que, a maioria dos estudantes deslocados estavam alojados em quartos arrendados, ou apartamento partilhado com colegas, mais do dobro daqueles que se encontravam em residências estudantis.

Gráfico 3 – Percentagem de estudantes deslocados e oriundos de outros distritos



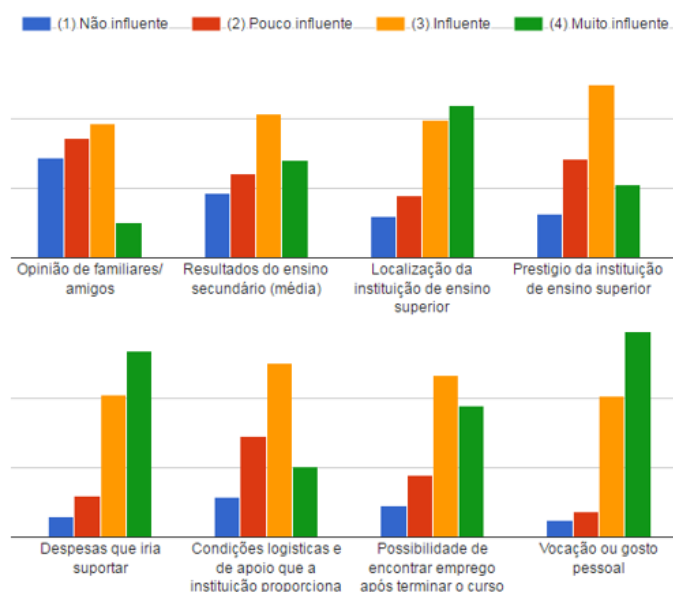
O gráfico 3 mostra a mobilidade regional dos estudantes nos vários distritos do país. É possível verificar que essa mobilidade é superior no território continental, constituindo os arquipélagos dos Açores e da Madeira regiões aparentemente menos atrativas para os estudantes do continente, reflexo do isolamento insular e dos custos acrescidos da deslocação para estas regiões. As regiões com maior peso de estudantes deslocados e também com maior percentagem de estudantes oriundos de outros distritos situam-se no interior do país – Vila Real, Castelo Branco e Évora contam com mais de dois terços dos estudantes bolseiros com origem noutros distritos. Trata-se de regiões com menor densidade populacional e, portanto, menor população estudantil potencial, que evidenciam maior necessidade de atrair estudantes de outras regiões para as suas ofertas formativas.

A mobilidade regional ocorre com maior incidência entre distritos vizinhos, eventualmente porque tais deslocações implicam menores custos do que para regiões mais distantes, fator importante para as famílias no momento de escolha do curso/instituição a que os estudantes se candidatam. Por outro lado, em algumas regiões do país é notória a mobilidade de estudantes dentro do próprio distrito, nomeadamente em Viseu, Beja e Faro. Nestas regiões, apesar de serem oriundos do próprio distrito, uma percentagem elevada de estudantes bolseiros opta por alojar-se mais próximo da instituição de ensino, eventualmente fruto de alguns obstáculos na deslocação diária entre a residência habitual e a instituição em termos de custos, tempo ou mesmo sistemas de transportes menos eficientes.

Quanto aos fatores que influenciaram a sua escolha do curso/instituição (gráfico 4), os estudantes revelaram privilegiar a sua vocação ou gosto pessoal no momento de decidirem o percurso a seguir. Contudo, as despesas, que previam ter que suportar, constituem uma preocupação muito importante na escolha do curso/instituição, sendo o segundo fator considerado pelos estudantes como mais influente, seguido da localização da instituição.

Tal evidência mostra que as despesas a suportar constituem uma preocupação relevante para os estudantes (e respetivas famílias) e que as suas escolhas acabam por ser condicionadas pelos elevados encargos do ensino superior e pela sua (in)capacidade de os suportar, nomeadamente os custos acrescidos que a deslocação para regiões mais distantes implicam. Mesmo nos casos em que os estudantes escolhem instituições que implicam deslocar-se da sua residência habitual, acabam por optar pelas instituições que se localizam em regiões relativamente mais próximas, normalmente distritos contíguos, para minimizar as despesas dessa deslocação.

Gráfico 4 – Fatores que influenciam a escolha da IES/curso



Neste sentido, considera-se que o reforço dos apoios sociais aos estudantes oriundos de contextos socioeconómicos desfavorecidos e a sua eficaz divulgação junto dos potenciais candidatos ao ensino superior constituem aspetos fundamentais, para que as despesas educativas passem a condicionar menos a decisão dos futuros diplomados. A possibilidade de reforçar os apoios aos estudantes deslocados, para além dos já existentes complementos de alojamento e de transporte, poderia minimizar o condicionalismo que a localização da instituição representa para estudantes oriundos de agregados familiares mais carenciados, contribuindo para uma maior liberdade de escolha dos estudantes e para um sistema de ensino mais equitativo e inclusivo.

Relativamente à origem socioeducativa, os dados revelam níveis de escolaridade baixos dos progenitores, inferiores ao panorama nacional, especialmente ao nível do ensino superior: apenas 5% dos pais e 7% das mães dos estudantes bolseiros possuem formação superior (gráfico 5), percentagens inferiores aos 11% dos homens e 14% das mulheres portuguesas, entre os 45 e os 59 anos, que, em 2011, possuíam este nível de escolaridade (tabela 1).

Gráfico 5 – Escolaridade dos progenitores

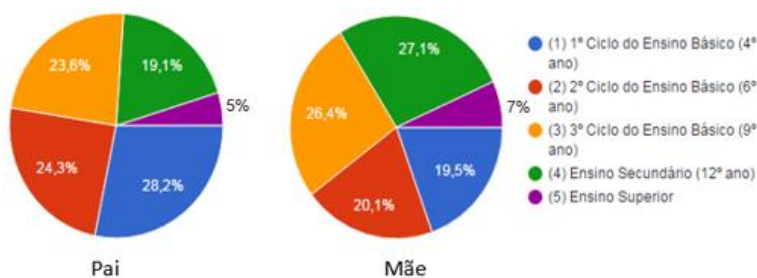


Tabela 1 – Níveis de escolaridade a nível nacional

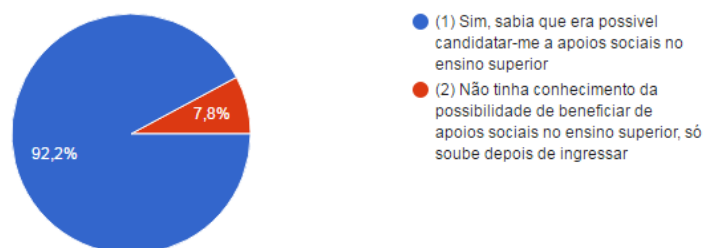
Escolaridade	Entre os 45 e os 59 anos		
	HM	H	M
Ensino Básico	69%	70%	67%
Ensino Secundário	13%	13%	13%
Ensino Superior	13%	11%	14%

Fonte: Censur 2011

O nível de escolaridade dos progenitores é ainda mais baixo no subsistema politécnico, revelador de que, aparentemente, são os institutos politécnicos quem acolhe maior proporção de estudantes de contextos socioeducativos desfavorecidos, com todos as consequências que isso tem no percurso escolar dos jovens, não apenas a nível financeiro, mas também no apoio às suas atividades escolares, no acesso a materiais e bens educativos e culturais, e até na importância que os pais atribuem à prossecução dos estudos dos seus filhos. Um sistema de apoios sociais eficaz deve ter todos estes aspetos em consideração, para além da questão financeira.

O contexto educacional desfavorecido, relacionado também com a profissão dos progenitores, em que predominam os profissionais não qualificados, confirma a importância da ação social, enquanto política social promotora da mobilidade social ascendente entre gerações. Para muitos destes estudantes, oriundos de famílias com défices socioeducativos e menores níveis de capital social, os apoios sociais de que usufruem representam a possibilidade de frequentar o ensino superior e, portanto, de poder vir a alcançar um estatuto social mais elevado do que os seus pais, por via da educação e de todos os seus benefícios potenciais. Esta evidência deve ser reforçada e amplamente divulgada, junto de todos os potenciais estudantes e respetivas famílias, no sentido de consolidar na sociedade portuguesa a ideia de que o investimento na educação é uma das decisões mais importantes para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar pessoal e familiar.

Gráfico 6 – Conhecimento prévio dos Apoios Sociais no Ensino Superior

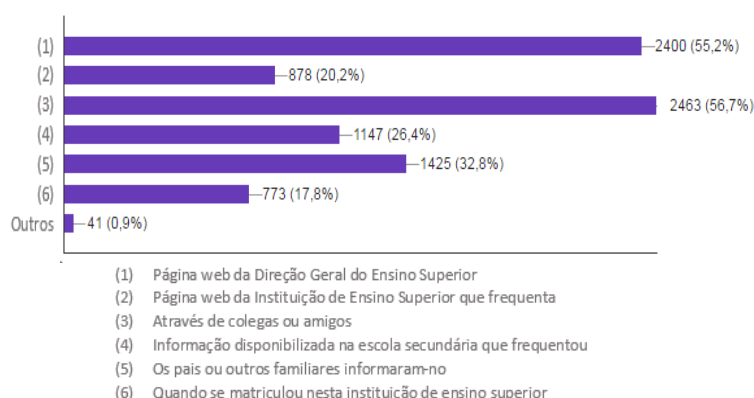


Apesar de a maioria dos estudantes inquiridos já terem recebido apoio social escolar durante o ensino secundário, a realidade é que ainda existem alguns jovens (cerca de 8% dos inquiridos

– gráfico 6), que não tinham sequer conhecimento da possibilidade de se candidatarem a apoios sociais, no ensino superior, e só tiveram conhecimento disso após ter ingressado, eventualmente devido a uma insuficiente divulgação destes apoios durante o seu percurso no ensino secundário. Para além destes, existirão, com certeza, muitos mais jovens que por desconhecimento destes apoios, nem sequer equacionaram a possibilidade de prosseguir os estudos para além da escolaridade obrigatória, por considerarem não ter capacidade financeira de suportar os encargos associados.

Tal evidência reforça a importância de uma divulgação mais ampla e eficaz dos apoios sociais, especialmente nas escolas secundárias, através dos próprios professores, pela importância que isso pode ter no incentivo à prossecução dos estudos, que pode não existir no seio de muitas famílias de contextos desfavorecidos. De realçar que, apenas um quarto dos estudantes inquiridos, referiu ter tido conhecimento da existência de apoios sociais no ensino superior através de informação disponibilizada nas escolas secundárias (gráfico 7).

Gráfico 7 – Como teve conhecimento dos Apoios Sociais no Ensino Superior



O facto de 72% dos inquiridos ter indicado que, se não existissem apoios sociais no ensino superior, nem sequer se teria candidatado (gráfico 8), vem reforçar ainda mais a importância que os apoios sociais assumem, na decisão de prosseguir os estudos. Os dados revelam que os estudantes consideram extremamente importantes os apoios sociais de que usufruem, demonstrando ter consciência de que, sem eles, eventualmente, teriam ficado excluídos do acesso ao ensino superior. Prova disso é o facto de quase dois terços dos inquiridos ter referido que, se não recebessem esses apoios, seriam forçados a desistir dos estudos (gráfico 9).

Gráfico 8 – Importância dos AS para a candidatura ao ES

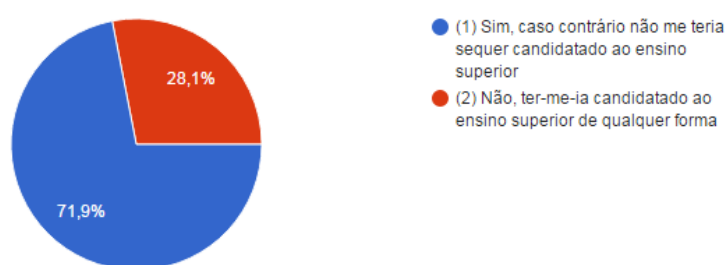
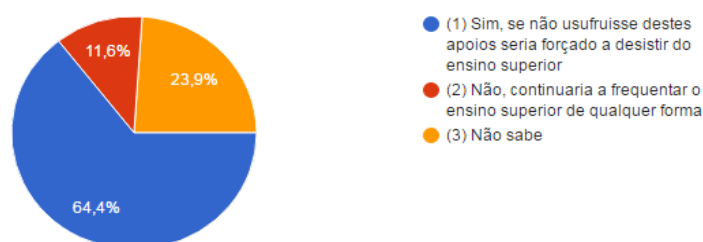
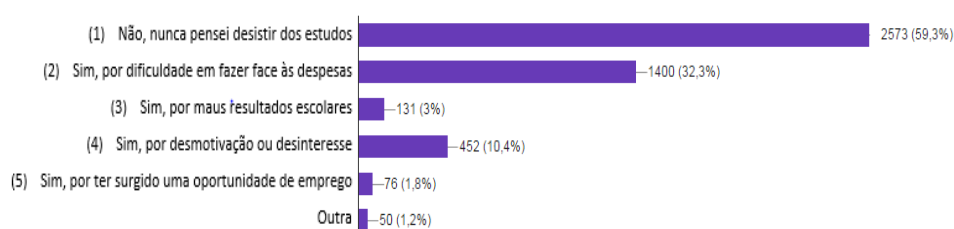


Gráfico 9 – Continuidade no ensino superior



Para além disso, a grande maioria dos estudantes, que indicaram já ter ponderado a hipótese de abandonar os estudos, referiu as dificuldades financeiras, em fazer face às despesas associadas, como a principal razão para a eventualidade de abandonar o ensino superior (gráfico 10). Concretamente, um em cada três dos estudantes bolseiros inquiridos referiu já ter pensado em abandonar os estudos por questões financeiras, o que também pode ser revelador de que a bolsa de estudos de que usufruem, em muitos casos, pode não ser suficiente para compensar os constrangimentos financeiros que as despesas educativas acarretam.

Gráfico 10 – Hipótese de abandonar os estudos



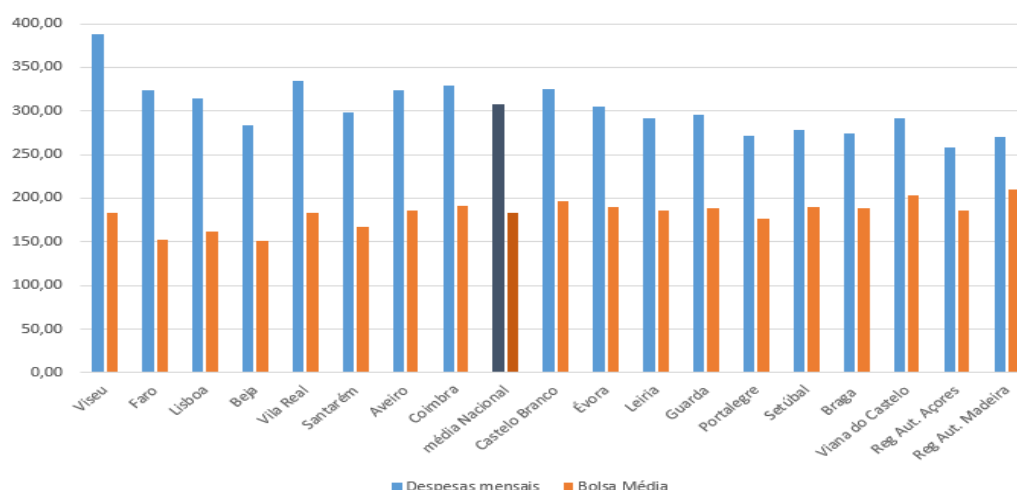
Relativamente às despesas que os estudantes indicaram suportar, estas são muito variadas, dadas as especificidades das situações particulares de cada estudante. Em termos médios, cada estudante inquirido gasta cerca de 307 euros por mês, valor apenas parcialmente coberto pela bolsa de estudos indicaram receber, em média, 184 euros mensais. Ou seja, em média, a bolsa de estudos suporta cerca de 60% dos encargos com o ensino. De realçar que, em apenas 20% dos casos, os estudantes indicaram que a bolsa cobre a totalidade dos seus encargos escolares. Em cerca de 40% dos casos, a bolsa suporta menos de metade dos custos com a frequência do ensino superior. Uma vez que estamos a falar de agregados familiares economicamente

carenciados, as despesas educativas revelam-se um encargo significativo para as famílias, representando, em média, cerca de 35% do seu rendimento líquido. Situação particularmente gravosa para os 20% dos casos, em que as despesas educativas ultrapassam os 50% do rendimento familiar.

Os dados revelam, ainda, que as despesas são mais elevadas no caso do estudante se encontrar deslocado da sua residência habitual e que, nessa situação, a bolsa de estudos cobre uma parcela ainda menor das suas despesas, o que pode representar um obstáculo à mobilidade regional estudantil. Os estudantes do ensino universitário suportam, em média, despesas ligeiramente mais elevadas do que os do politécnico, facto desde logo justificado pelas propinas mais elevadas neste subsistema.

Estes valores médios, obviamente, ocultam realidades individuais muito distintas, tal como algumas diferenças regionais, patentes no gráfico 11, onde se apresentam os valores médios de despesas escolares e de bolsas por distrito.

Gráfico 11 – Despesas escolares médias e bolsa média, por distrito



Por exemplo, um estudante em Viseu aparentemente gasta, em média, quase mais 130 euros mensais do que se frequentasse uma instituição dos arquipélagos, onde aparentemente as despesas educativas são menores. Depois de Viseu, Vila Real revela-se o segundo distrito onde estudar parece ser mais caro, seguido de Coimbra, Castelo Branco, Faro e Aveiro. No continente, os distritos onde, aparentemente, é mais barato frequentar o ensino superior são Portalegre, Braga e Setúbal. Nos valores de bolsa de estudo indicados, as diferenças regionais não são tão significativas. Ainda assim, um bolseiro a estudar na Madeira recebe, em média, mais 57 euros de bolsa mensal do que em Beja ou Faro, os dois distritos onde os estudantes indicaram receber bolsas mais baixas. A Madeira aparece, assim, como uma das regiões onde parece ficar mais barato frequentar o ensino superior, contudo os valores de bolsa de estudo

são mais elevados, daí que seja a região com maior proporção das despesas educativas cobertas pela bolsa de estudos (77%), logo seguida dos Açores (72%), podendo indiciar a presença de contextos socioeconómicos globalmente mais desfavoráveis nestas regiões insulares. Pelo contrário, em Faro, distrito onde os custos são dos mais elevados, é onde os valores de bolsa são mais baixos, daí que neste distrito, em média, menos de metade das despesas educativas sejam suportadas pela bolsa, tal como em Viseu.

Conclusão

Os resultados do estudo realizado corroboram a importância decisiva dos apoios sociais no ensino superior, por permitirem o acesso e participação neste nível de ensino a estudantes de origens socioeconómicas e educativas desfavoráveis. A análise dos dados mostrou que quase três em cada quatro dos estudantes bolseiros inquiridos indicou que se não existissem apoios sociais, nem sequer se teriam candidatado ao ensino superior. Cerca de dois em cada três dos estudantes afirmaram que se não usufruíssem destes apoios, seriam forçados a desistir do ensino superior. Um em cada três dos inquiridos já ponderou a possibilidade de abandonar os estudos por dificuldades financeiras em fazer face às despesas educativas.

Podemos assim concluir que, apesar de o número e a proporção de bolseiros ter aumentado nas últimas décadas, o grau de carência económica para se ter acesso a uma bolsa de estudos tem de ser significativo, uma vez que os critérios de elegibilidade continuam a ser restritivos. Por outro lado, os valores atribuídos são relativamente baixos face aos elevados custos do ensino superior. Na maioria dos casos, insuficientes para cobrir as despesas educativas de estudantes oriundos de agregados familiares com manifesta dificuldade de suportar tais encargos. Evidências que contribuem, decisivamente, para as elevadas taxas de abandono, registadas na maioria das IES, preocupação manifestada quer pelos reitores e presidentes das instituições, quer pelos demais responsáveis pelas políticas educativas no ensino superior.

Pela importância que os apoios recebidos assumem para estes jovens de origens desfavorecidas, a maioria dos quais, sem estes apoios, ficariam excluídos do ensino superior e da oportunidade de poder usufruir dos seus múltiplos benefícios, consideramos que o sistema de apoios sociais deveria ser revisto. Tal conclusão vai ao encontro das considerações de um estudo recente da OCDE, sobre o ensino superior português, no qual se recomenda que “o atual sistema de auxílio financeiro aos estudantes deve ser submetido a uma revisão abrangente, para avaliar até que ponto as medidas existentes realmente ajudam os estudantes de contextos económicos desfavorecidos” (OCDE, 2018: 32).

Bibliografia

- Barros, J. (2005). Igualdade, desigualdade e diferença: em torno de três noções. *Análise Social*. XL (175). pp. 345-366.
- Cerdeira, M. (2008). *O Financiamento do Ensino Superior Português – a partilha de custos*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Coleman, J. (2011). O conceito de igualdade de oportunidades educacionais. *Educação, Sociedade e Culturas*. N.º34. pp. 137-155.
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2015). *National Student Fee and Support Systems in European Higher Education – 2015/16. Eurydice Facts and Figures*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2014). *Modernisation of Higher Education in Europe: Access, Retention and Employability 2014*, Eurydice Report, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2011). *Modernisation of Higher Education in Europe: Funding and the Social Dimension*, Eurydice Report, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission/EACEA/Eurydice. (1999). *Key Topics in Education. Financial Support for Students in Higher Education in Europe: Trends and debates*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Figueiredo, H.; Portela, M.; Sá, C.; Silva, J. e Almeida, A. (2017). *Benefícios do Ensino Superior*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Gielis, I. (2010). What do We Mean by «Equity»? In J. Bjork et al. *Equity Handbook* (pp. 11-15). Brussels: ESU – The European Students' Union.
- OCDE. (2018). *Review of the Tertiary Education, Research and Innovation System in Portugal*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2017). *Education at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2016). *Education at a Glance 2016: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2015). How do differences in social and cultural background influence access to higher education and the completion of studies? *Education Indicators in Focus*. N.35. October. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2013). What are the social benefits of education? *Education Indicators in Focus*. N.10. January. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2012a). Is increasing private expenditure, especially in tertiary education, associated with less public funding and less equitable access? *Education Indicators in Focus*. N.8. October. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2012b). What are the returns on higher education for individuals and countries? *Education Indicators in Focus*. N.6. June. Paris: OECD Publishing.
- OCDE (2004), *Student Assistance: Eliminating Financial Barriers to Postsecondary Education*, CMEC-OECD, Conselho de Ministros da Educação, Canadá Seminar, Quebec: 3,4 Maio.
- Pereira, R. (2019), *Ação Social no Ensino Superior Português: práticas, estratégias e impactos socioeconómicos*, Tese de Doutoramento em Sustentabilidade Social e Desenvolvimento, Lisboa: Universidade Aberta.
- Pereirinha, J. (2008a) *Política Social: Fundamentos da Atuação das Políticas Públicas*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Rawls, J. (1993) [1971]. Uma Teoria da Justiça [A Theory of Justice]. Lisboa: Editorial Presença.
- Sardinha, B., Dias, O., Marques, B & Pereira, R. (2015). *Estratégias de Ação Social no Ensino Superior Politécnico Português*. Projeto de investigação POAFSE 000755402014. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Singer, P. (2004). *Ética Prática*. Lisboa: Gradiva.

Literacia em Saúde - Capacitar para uma Adequada Procura de Cuidados de Saúde – O Projeto Newsletter “Zoom Saúde”

*Candeias, Zélia; ***

*Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica do ACeS Arrábida, Mestre em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Coordenadora da EPVA Arrábida, Assistente convidada da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
zeliacandeias@gmail.com*

Gonçalves, Maria José

*Enfermeira do ACeS Arrábida, Pós-Graduação em Coordenação de Unidades de Saúde, Coordenadora de Enfermagem da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes do ACeSA
mariajosegoncalves74@gmail.com*

Resumo

A alteração de comportamentos, que melhorem as condições de saúde das pessoas, está diretamente relacionada com a apropriação de conhecimentos sobre saúde, sendo os profissionais de saúde e a prevenção primária os parceiros por excelência. Os ciclos de pobreza tendem a aumentar as desigualdades e as oportunidades de escolha, conduzindo as pessoas para a manutenção e perpetuação dos comportamentos de risco. A literacia em saúde está na base de todo o processo de capacitação, é necessário utilizarmos todos os instrumentos disponíveis que venham a contribuir para a melhoria da saúde das pessoas. As Newsletter são um desses instrumentos.

Palavra-chave: Literacia em saúde; pobreza; marketing; Newsletter

Introdução

Os cidadãos são um ativo crítico para o desenvolvimento dos sistemas. Fazê-los participar é alavancar o processo de permitir um maior *empowerment* das pessoas. Há que dotar as pessoas de capacidades que as tornem mais interventivas, nos processos de transmissão de informação, de conhecimentos e de valores (Almeida, 2015). Nem sempre a evidência sugere que os utentes/doentes mais informados, consomem menos cuidados de saúde (Little et al, 2001). É necessário que as pessoas estejam aptas a compreender e a utilizar, de forma crítica, a informação que lhes é disponibilizada, o que nos remete para o conceito de literacia em saúde (Kickbush, 2001).

Uma das estratégias do Plano Nacional de Saúde para aumentar a literacia em Portugal, é o desenvolvimento de projetos de Newsletters e Jornais, nas organizações públicas (PNS 2012-2016).

Pobreza e a sua relação com a literacia

A pobreza é um conceito multidimensional e uma situação real de vida. A pobreza é mais uma privação de potencialidades básicas do que simplesmente baixos rendimentos. A privação de potencialidades elementares pode refletir-se em mortalidade prematura, acentuada subnutrição, doenças crónicas, iliteracia generalizada e outras carências (Rodrigues et.al, 2017).

Atualmente não se pode estabelecer uma linha de pobreza e aplica-la a todos da mesma forma, sem ter em conta as características e as circunstâncias pessoais. A análise da pobreza deve ter em consideração a capacidade da pessoa para aproveitar oportunidades, de conhecer os fatores de saúde, nutrição e educação. São estes que refletem a sua capacidade básica para funcionar na sociedade.

São necessárias estratégias adequadas às necessidades das pessoas, de forma a capacitá-las individual e coletivamente. O potencial de ação da promoção da saúde reside na capacidade de compreensão e gestão da informação. O acesso à informação, as competências pessoais relacionadas com a compreensão e avaliação da informação e a sua aplicação de todo este leque de características são a base da literacia em saúde.

Literacia em Saúde

Em 1998 a OMS definiu literacia em saúde como um conjunto de competências cognitivas e sociais, assim como a capacidade que os indivíduos têm para aceder compreender e utilizar a informação para que promovam e mantenham a boa saúde (Pedro et. al, 2016).

A literacia em saúde tem vindo a ganhar ao longo destes últimos anos um papel importante na sociedade. Surge da necessidade de políticas que proporcionem educação em saúde (Benavente, 1996).

As capacidades em literacia em saúde incluem ter competências básicas em saúde, as pessoas precisam de saber como fazer a promoção da sua saúde, ter comportamentos de proteção na doença e ter aptidões para atuar como um parceiro ativo com os profissionais de saúde e capacidade como utilizador/consumidor para tomar decisões saudáveis (Pedro et. al, 2016). Os baixos níveis de literacia podem promover sofrimento desnecessário ou a tomada de decisões erradas em relação à procura de cuidados de saúde.

Capacitar para melhor cuidar

Os sistemas de saúde, que centram os seus cuidados no utente/doente, exigem que estes tenham um papel ativo, no processo de tomada de decisão, sobre a sua saúde. É imprescindível que estes sejam detentores de conhecimento sobre os diferentes aspetos de saúde e dos cuidados de saúde e que tenham a capacidade de utilizar esse conhecimento (Santos, 2010).

Nos últimos 15 anos têm sido efetuados vários estudos sobre literacia em saúde. Estes têm revelado que a literacia tem implicações na saúde, principalmente quando relacionadas com doenças crónicas como a HTA, obesidade, diabetes, infeção pelo HIV e doenças mentais, em que a baixa literacia reflete-se numa maior taxa de morbilidade nestas doenças, com o aumento dos custos em saúde (Williams et al, 1998; Santos, 2010; Loureiro, et.al., 2013).

Em 2015, um estudo realizado no âmbito do Programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian, revelou que mais de 40% dos inquiridos não têm práticas regulares de leitura, as práticas de escrita e de cálculo também quase não têm expressão nas atividades quotidianas da maioria dos inquiridos. Mais de 40% nunca usam a internet para obter informações, nem usam um processador de texto. De referir ainda, que cerca de 30% dos inquiridos declarou nunca ter usado um computador (Espanha et al, 2015). Em Portugal parece existir um novo tipo de analfabetismo funcional em que, apesar do aumento dos anos de escolaridade, a população evidencia incapacidades no domínio da leitura, da escrita e do cálculo.

As pessoas com baixa literacia têm menor capacidade para gerir doenças crónicas e saber utilizar de forma adequada os serviços de saúde tendo tendência a utiliza-los de forma indiscriminada.

É importante que sejam detentores de conhecimentos, para tal o investimento pela sociedade no desenvolvimento do seu *empowerment* é uma forma de os tornar mais pró-ativos na procura de informação e conhecimentos sobre a sua situação de doença e também alterar comportamentos de saúde.

Literacia/Saúde que Relação?

A relação entre literacia e saúde é complexa. A literacia está relacionada com o conhecimento em saúde, estado de saúde e acesso a serviços de saúde, inclui a capacidade que têm para comunicar com os profissionais de saúde, ler informação médica, tomar decisões acerca de tratamentos, seguir regimes terapêuticos e decidir quando e como procurar cuidados de saúde.

Existe um elo forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde. A literacia em saúde revela-se como um caminho que liga a educação a resultados na saúde, com a consequente diminuição de custos em saúde (Antunes, 2014). Importa desenvolver ações destinadas a promover competências de comunicação e mais *empowerment* nas pessoas quer nos serviços de saúde quer na comunidade, para que sejam mais pró-ativas na procura de informação sobre saúde. Este *empowerment* será benéfico para as pessoas assim como para os profissionais de saúde, melhorará a qualidade de comunicação entre ambos o que potenciará a mudança de comportamentos de risco, facilitará as escolhas em saúde e nos processos de doença, a adaptação e a procura de qualidade de vida, assim como comportamentos de adesão e de procura de cuidados (Loureiro, et.al., 2013).

A aposta no Marketing como Estratégias

O sucesso da adoção coletiva de comportamentos saudáveis, precisa que os decisores entendam o problema como uma necessidade que requer uma abordagem holística, em que a Comunicação em Saúde e o Marketing Social podem ter um papel relevante (Broeiro, 2015).

As estratégias e os processos de comunicação, de informação e de educação em saúde, constituem áreas de vital importância para o planeamento, implementação, desenvolvimento, monitorização e avaliação de projetos e ações promotoras da saúde (Armeiro, 2008).

As instituições de saúde acompanham a nova era da comunicação, utilizando em simultâneo os contributos do Marketing como promotor de alterações de comportamentos nos profissionais e nas populações.

Para os profissionais da área da saúde, o marketing é ainda pouco utilizado, pelo desconhecimento do seu significado e aplicação, assim como pela iliteracia que a população em geral possui em saúde (Broeiro, 2015).

Contudo o Marketing, como inovação nas instituições de saúde e promotor de alterações de comportamentos, quer ao nível do meio interno, os profissionais, quer a nível externo, com as populações, pode ser um veículo de transformação de mentalidades, produzindo mudanças e inovações na saúde. Qualquer ação no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida, implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária (Broeiro, 2015).

Os profissionais de saúde precisam de acompanhar as mudanças na sociedade e ir ao encontro das necessidades das pessoas. A criação de uma *newsletter* surge no âmbito académico como

uma ideia que pretende dar resposta a uma necessidade sentida e manifestada durante as consultas de enfermagem, como apoio à educação terapêutica realizada.

Surge então com o lema “Promovemos Saúde, Criamos Qualidade de Vida” o ZOOM Saúde foi editado pela primeira vez em dezembro de 2016 com uma periodicidade trimestral.

De forma a fazer uma breve caracterização da população da área de abrangência da *newsletter* Zoom Saúde, é de referir que comparativamente aos restantes conselhos de influência do ACeSA, Palmela e Sesimbra, Setúbal é o mais envelhecido.

A UCSP de São Sebastião está inserida numa das quatro freguesias do concelho de Setúbal, a freguesia de São Sebastião, uma freguesia urbana, com uma população residente de 52.542 habitantes, 43,4% da população do concelho (INE, Censos 2011). A UCSP São Sebastião representa a unidade com maior número de utentes inscritos, 39.269 utentes (ACESA, 2015). Relativamente às habilitações literárias da população residente na freguesia, 20,5% são analfabetos e 21,8% têm o 1º ciclo e 26,1% das famílias clássicas têm pelo menos um individuo desempregado (INE, Censos 2011).

Este projeto de intervenção em saúde, ao nível da educação para a saúde, em que a sua intervenção está direcionada às pessoas que frequentam a UCSP de São Sebastião, tem como objetivo “Potenciar os conhecimentos da população da UCSP de São Sebastião para a melhoria do seu estado de saúde” contribuído para a promoção da sua saúde.

Esta é uma das ferramentas de comunicação, que nos últimos anos tem ganho visibilidade. Representa uma das estratégias mais utilizadas para divulgar notícias, novidades ou conteúdos relevantes. Isso porque se trata de um material que pode ser dirigido e segmentado para públicos distintos, além de apresentar maior alcance.

Numa unidade de saúde, uma *newsletter* deve incluir artigos que abordem assuntos relevantes sobre e como melhorar a saúde das pessoas. Deste modo, é importante que os temas abordados promovam a saúde e capacitem as pessoas na mudança para comportamentos saudáveis.

É uma das ferramentas que apresenta melhores resultados, ainda que com um investimento reduzido quando comparado com os outros meios de comunicação existentes.

A criação desta *newsletter* vai ao encontro das estratégias do plano nacional de saúde para aumentar a literacia em Portugal, que incentiva ao desenvolvimento de projetos de *newsletters* e jornais, nas organizações públicas.

Bibliografia

- ACeSA (2015). Plano Desempenho do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida - 2015. Setúbal
- Almeida, C. V. (2015). Marketing Social & Responsabilidade Social. Porto: Vida Económica
- Antunes, M. L. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. Atas das XI Jornadas APDIS, (pp. 123-133). Lisboa. Obtido de A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos: <http://hdl.handle.net/10400.21/3582>
- Armeiro, S. M. (Março de 2008). Contributos da comunicação na promoção da saúde oral. obtido de Universidade Aberta: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/718/1/LC409.pdf>
- Benavente, A. (1996). In A literacia em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Conselho Nacional de Educação.
- Broeiro, Paula (2015) Promoção de saúde e marketing social. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar V.31, nº 1.
- Espanha, Rita; Ávida, Patrícia; Mendes, Rita Veloso (2016) Literacia em Saúde em Portugal 2015 - Relatório Síntese, Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- INE, Censos 2011 acedido em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Kickbush, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. Oxford University Press, vol. 16 nº 3. Obtido de <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/289.full.pdf+html>
- Little, P. et al (2001). Randomised controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. Obtido de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC31621/>
- Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. Revista Portuguesa de Saúde Pública, pp. 23-31. Obtido de Elsevier: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/promocao-da-saude-e-desenvolvimento-local-em-portugal-90217647>
- Pedro, Ana Rita; Amaral, Odete; Escoval, Ana. (2016) - Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública nº 34, p. 256-275.
- PNS, 2012-2016. Versão Resumo 2013. acedido em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016-versaoresumo_maio20134.pdf
- Rodrigues, Eduardo Vitor; Samagaio, Florbela; Ferreira, Helder; Mendes, Maria Manuela; Januário, Susana. (2017) Pobreza e a exclusão social: Teorias, conceitos e Políticas Sociais em Portugal. Acedido a 20/1/2018 disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1468.pdf>
- Santos, Osvaldo (2010). Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso- O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. Obtido de Repositório Digital de Publicações Científicas: <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Williams, M., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (Janeiro de 1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease:. JAMA Vol 158 nº2, pp. 166-172. Obtido de JAMA: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=191123>

Índice de Autores

Ana Filipa Poeira, 85
Ana Poeira, 32
Ana Rolo, 47
Andreia Ferreri Cerqueira, 32
Boguslaw Sardinha, 69, 128
Diana Gautier, 114
Edgar Canais, 85
Elizabeth Santos, 97
Fátima Veiga, 97
Fernanda Gomes da Costa Marques, 27, 39
Fernando Vasco, 17
Hugo Franco, 32
Joana Tavares, 114
José Rebelo dos Santos, 106
Margarida Castro Ferreira, 27
Margarida Pereira dos Santos, 114
Maria José Gonçalves, 143
Odete Pereira, 69
Patrícia Argüello, 47
Paula Cruz, 97
Raquel Pereira, 128
Rui Brites, 69
Rute Guerra, 2
Sandrina B. Moreira, 54
Zélia Candeias, 143